CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Genève. — Société Générale d'Imprimerie
Pélisserie, 18

CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XVIIe SESSION

Tenue à Genève et Lausanne, du 1er au 7 Août 1907

VOLUME I

Publié par le Dr LONG, *Secrétaire général*

RAPPORTS



PARIS
MASSON & Cie, ÉDITEURS
Libraires de l'Académie de Médecine
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120



L'Expertise Médico-légale

et la

Question de Responsabilité

PAR

Gilbert BALLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Médecin expert près les tribunaux.

« Les questions médico-judiciaires, relatives aux lésions de l'entendement, peuvent se réduire rigoureusement à celle-ci : les actes d'un individu, dans un cas donné, doivent-ils, ou non, être attribués à une raison saine. »

H. Marc. — *De la Folie dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris 1860.

« La question de la Responsabilité est du domaine de la fiction et la compétence des médecins est tout entière dans le domaine des faits matériels. »

Ch. Féré. — *Les Epilepsies et les Epileptiques*.

L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

ET LA

QUESTION DE RESPONSABILITÉ

PAR

Gilbert BALLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Médecin expert près les tribunaux.

AVANT-PROPOS

Le titre de ce rapport aura donné sans doute à tous ceux qui l'auront lu, l'impression d'un titre vague et imprécis. Imprécis et vague il est en effet, et à tel point que si on voulait le prendre au pied de la lettre, il impliquerait l'étude entière de la médecine légale des aliénés, au moins de celle qui est relative aux aliénés criminels. On devine qu'il ne pouvait entrer dans la pensée du Congrès de Lille de mettre à l'ordre du jour de celui de Genève et Lausanne, un sujet sans limites arrêtées, et qui par suite, n'aurait pas été de nature à se prêter à une discussion fructueuse.

La question qui avait été primitivement proposée — et je n'ai pas été tout à fait étranger à cette proposition — était toute autre. J'avais demandé qu'elle fut formulée de la façon suivante : « *En matière d'expertise mentale, les questions de responsabilité sont-elles du domaine médical ?* » Poser le problème, c'était admettre qu'on y pouvait donner une solution négative, et telle, en effet, était bien ma pensée. Quelques membres du congrès ont redouté qu'un pareil titre, à allure quelque peu subversive paraît-il, ne prêtat à équivoque. On s'est accoutumé à établir une connexité si étroite entre la question de responsabilité et la pratique des expertises médico-légales qui visent l'état mental des inculpés, qu'on pouvait craindre en effet que dénier au médecin le droit de se prononcer sur ces questions, ç'eut été comme si l'on contestait la nécessité de son intervention dans ces expertises.

Cette appréhension, ai-je besoin de le dire, est purement chimérique. Je pense qu'au contraire le meilleur moyen d'établir l'impossibilité de se passer du concours médical dès qu'il y a chez un inculpé suspicion de trouble mental, c'est de montrer qu'en matière d'expertise, à côté des questions qui regardent le magistrat ou le législateur, il en est qui regardent le médecin seul et de dégager ces dernières des connexités compromettantes dans lesquelles on a pris la fâcheuse habitude de les laisser s'égarer.

C'est donc la question telle qu'elle avait été proposée tout d'abord, que j'ai l'intention de traiter, et je veux soutenir que *les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical.*

Je n'ignore pas le péril de ma thèse. Si elle triomphait elle troublerait de vieilles coutumes; elle obligerait magistrats et médecins à changer certains termes de leur vocabulaire, termes commodes, et qui n'ont été adoptés, je crois bien, que parce qu'ils sont commodes ; elle mettrait en lumière les inconvénients, l'insuffisance et l'illogisme de certains procédés de répression, que trouvent satisfaisants, avec une touchante complicité, les magistrats et les médecins. On s'est créé à la faveur de certains mots heureux, du mot *responsabilité atténuée* en particulier, un *modus vivendi* qui simplifie la tâche de l'expert, surtout celle du magistrat. Magistrats et médecins se complaisent de la sorte dans une douce quiétude qu'il est peut être téméraire de vouloir troubler.

Chose curieuse ! Naguère, au moins à ce qu'on assure, les magistrats se défiaient des médecins et tenaient leurs avis en suspicion ; ils les trouvaient encombrants. Aujourd'hui il en va autrement : le médecin a pris l'habitude de traiter en justice des questions qui ne sont pas de son ressort ; il assume parfois des responsabilités qui devraient rester à la magistrature, et ma modeste expérience d'expert m'a montré que le magistrat non seulement laisse faire, mais encourage la tendance. Il se désole sur son siège, et ne le dissimule pas toujours, quand l'expert, sommé de tirer la cour d'embarras dans un cas où la solution pratique n'apparaît pas parce que la législation ne l'a pas prévue, s'obstine à se cantonner dans son rôle médical et lui laisse le soin de résoudre les difficultés qui lui incombent.

Je voudrais montrer dans ce rapport, à propos de la question dite de « responsabilité », où finit le rôle du médecin et, par suite, où commence celui du magistrat, quitte à celui-ci à se tourner vers le législateur plutôt que vers le médecin, quand la loi ne met pas à sa disposition les moyens pratiques correspondant à certaines situations que l'expert doit se borner à indiquer et à préciser.

— —

I.

Considérations théoriques sur la « responsabilité » en matière de crimes et délits.

Le mot responsabilité n'a de sens qu'autant qu'on en précise la signification par une épithète. Voilà pourquoi on parle de responsabilité *morale* et de responsabilité *sociale*: on dit aussi quelquefois responsabilité *pénale*; mais, si l'on veut bien y réfléchir, on se rendra compte que celle-ci n'a pas d'individualité propre: elle n'a de raison d'être qu'en tant que subordonnée à la responsabilité morale ou à la responsabilité sociale. Qu'on supprime ces dernières par la pensée, la responsabilité pénale n'aura plus d'assise et deviendra un mot vide de sens.

I. La responsabilité *morale* implique la croyance au libre arbitre. « Entre l'idée de la liberté morale et celle de la responsabilité, il y a une connexion étroite; elles sont en quelque sorte inséparables et solidaires. L'homme n'est responsable de ses actes que parce qu'il en est la cause et la cause libre; car là où il n'y a point de liberté, il n'y a point de véritable causalité. L'homme est une cause seconde, puisqu'enfin il a lui-même une cause; mais il est une cause réelle, il a l'initiative de ses actes ; il est un principe de mouvement : *sentit se moveri et vi suâ moveri*, comme disaient les anciens. Il peut et sait qu'il peut produire, au milieu des innombrables phénomènes dont l'univers est le théâtre et qui vont se succédant et s'engendrant les uns les autres, une série nouvelle de phénomènes dont il est lui même la source, qu'il a droit de s'attribuer et qu'on est en droit de lui attribuer. Sans celà il ne serait pas plus responsable des actions qu'il fait qu'un fleuve des dégats qu'il produit, qu'un incendie des désastres qu'il cause. Il ne faudrait jamais, en aucune circonstance, se plaindre d'un homme et l'accuser »[1].

On ne saurait exposer avec plus de précision une thèse d'ailleurs contestable. Qu'elle soit vraie ou fausse, ce que nous n'avons pas à discuter ici, nous tenons à poser en fait : 1° que lorsqu'on parle de responsabilité *morale*, le mot n'a de sens qu'en tant qu'il implique la croyance au libre arbitre; 2° que s'en servir c'est faire nécessairement incursion sur le terrain métaphysique et se solidariser avec une doctrine métaphysique.

Cette doctrine admettant la *culpabilité* des individus qui commettent un délit ou un crime, légitime l'application d'une *peine* à ces individus.

---

[1] Ferraz. Philosophie du devoir.

Cette *peine* vise un double but : 1° Elle constitue pour le coupable une *expiation*, qui doit être proportionnée à la gravité de la *faute* ; 2° En outre elle est un exemple destiné à impressionner et à arrêter ceux qui pourraient être tentés de l'imiter.

2.— La responsabilité *sociale* est toute autre que la responsabilité morale. Elle vise non des *fautes* ou des *crimes*, mais des *préjudices*. Elle comporte non des *peines*, mais une *réparation* ou une *indemnité* ; elle n'implique pas que l'auteur du préjudice l'a commis volontairement, mais simplement qu'il l'a commis. J'ai construit une maison et j'ai omis par inadvertance, certaines dispositions nécessaires pour que la construction fut solide : la maison s'écroule et écrase quelques passants. Je suis socialement responsable de l'accident et condamné légitimement à des dommages-intérêt bien que je n'ai nullement *voulu* cet accident. La responsabilité sociale ne suppose nullement la responsabilité morale.

C'est ce que J. Falret a fort bien dit dans son article sur la « *Responsabilité légale des aliénés* »[1] : « Alors même qu'en théorie on affirme que l'homme n'est pas libre d'agir de telle ou telle façon, dans un cas déterminé ; qu'il est fatalemententraîné à tel ou tel acte, en vertu de la puissance des mobiles qui se combinent ou se contrebalacent dans sa tête, ou en vertu de la force invincible de son organisation héréditaire ou acquise, les partisans de ces doctrines sont néanmoins obligés de conclure en pratique que la société humaine, c'est-à-dire la collectivité des hommes réunis en société, a le droit de se défendre contre les entraînements individuels qui nuiraient au bien être des autres membres de la communauté. Sans avoir la prétention d'imposer aux infracteurs des lois morales ou sociales, un châtiment ayant le caractère moral d'une expiation, ou le caractère pénal d'un exemple salutaire pour empêcher d'autres hommes de tomber dans la même faute (toutes choses qui supposent l'existence de la liberté humaine et de la responsabilité morale) ils sont néanmoins obligés d'accepter la responsabilité légale, c'est-à-dire le droit pour la société de se préserver contre des individus dangereux et criminels, en mettant en prison, en empêchant en un mot de nuire aux autres, ceux qui ont enfreint les lois humaines et violé les prescriptions établies par la société, que l'on se place au point de vue des écoles spiritualistes, qui admettent le libre arbitre comme base des actions humaines, de la morale et du droit, ou que l'on se place au point de vue des écoles matérialistes et fatalistes, on arrive en pratique au même résultat, c'est-à-dire au droit de la société de se protéger elle même et à la responsabilité légale des individus qui ont commis des infractions aux lois existantes ».

La question nous paraît ainsi très bien posée, et il importe peu que

---

[1] J. Falret. — Article Responsabilité in *Dict. Encyclop. des sciences médicales.*

Falret ait appelé responsabilité *légale* celle que nous croyons mieux dénommée responsabilité *sociale.*

Mais alors nous ne comprenons pas par suite de quelle singulière contradiction, Falret, après avoir fait un très heureux parallèle entre la responsabilité sociale et la responsabilité morale, a été amené à écrire ce qui suit : « La responsabilité légale (sociale) doit dont être admise comme un fait incontestable, servant de base à toutes les législations, et nous n'avons pas à discuter ici le principe philosophique qui lui sert de base. Partant de ce fait incontesté que l'homme sain d'esprit est rendu responsable de ses actes dans toutes les législations, nous devons lui opposer cet autre fait, également reconnu aujourd'hui chez les peuples civilisés, à savoir que cette responsabilité légale (sociale) cesse de plein droit, lorsque l'individu accusé est atteint d'une maladie cérébrale qui lui enlève la liberté de se déterminer et qui l'entraîne à des actes impulsifs ou instinctifs auxquels il n'a pas eu la force de résister. »

Falret n'a pas vu, et cela me surprend, qu'après avoir fait le sacrifice de la responsabilité morale en ce qui concerne « les criminels non aliénés », pour n'envisager que leur responsabilité sociale, il ne devait plus parler à propos des « aliénés » de disparition de la « liberté de se déterminer » ; il devait considérer simplement la *nuisance* des uns comme des autres, et était ainsi logiquement et nécessairement conduit à admettre la Responsabilité *sociale* des deux catégories de délinquants, des aliénés aussi bien que des « criminels [1] ».

C'est en effet la conséquence qui s'impose aux négateurs du libre arbitre. « Nul n'étant libre, dira Garofalo[2], nous ne punissons plus en raison du degré de liberté, mais en n'ayant en vue que l'intérêt de la société et en proportionnant la peine à la redoutabilité du criminel. » La peine n'est ici qu'un moyen de protection et on ne saurait contester à la société le droit de se protéger au même titre, sinon par des moyens identiques, contre un criminel et contre un « malade » dangereux.

Dans la doctrine de la responsabilité morale qui repose sur la notion de la liberté, il y a lieu pour le magistrat de rechercher si l'inculpé jouissait ou non de cette liberté au moment de l'accomplissement de l'acte incriminé ; dans la doctrine de la responsabilité sociale il y aura à se préoccuper du danger qu'il fait courir à la société dans le présent ou l'avenir et des moyens propres à se mettre à l'abri de ce danger.

---

[1] Il convient de rappeler toutefois que d'après la jurisprudence courante, même en matière civile, celui-là seul à qui une *faute* est imputable, peut-être tenu de réparer le dommage qu'il a causé. Falret, comme l'observe M. Proal (ann. méd. psychol. T. II, 1890) se serait donc trompé en croyant que la responsabilité légale est séparée de la responsabilité morale ; elles sont inséparables, dit Proal ; la responsabilité morale est le fondement de la responsabilité légale. Mais cette jurisprudence, parait-il, ne répondrait plus aux tendances actuelles des légistes.

[2] Garofalo. — *Criminologie* 3e éd., 1892. Alcan, éd.

Les criminologistes, les philosophes et les psychologues n'ont pas tous consenti sans résistance à circonscrire, comme nous venons de le faire, la question de responsabilité. Pour des motifs de divers ordres un certain nombre d'entr'eux, même en rejetant ou en négligeant le libre arbitre, se sont refusés, à subordonner la responsabilité pénale exclusivement à la responsabilité sociale.

Il serait trop long et sans utilité de rappeler ici tous les efforts qui ont été faits pour sauver, si je puis dire, la responsabilité morale menacée par les objections qu'a soulevées la question du libre arbitre. On l'a démarquée, maquillée de diverses façons et la logomachie à laquelle on a du recourir ne nous semble avoir eu d'autre résultat que d'obscurcir une question qu'il faut au contraire s'efforcer de simplifier. Parmi ces tentatives nous en rapporterons deux seulement sur lesquelles le nom de leurs auteurs appelle plus particulièrement l'attention. [1]

La première est celle de Tarde. Elle a été très bien résumée par M. de Fleury. D'après Tarde l'idée de responsabilité morale est indépendante de la croyance au libre arbitre. On doit considérer et traiter comme responsable tout homme qui s'est montré violemment antipathique à ses pareils, insociable, à condition qu'il soit identique à lui-même. « Bien que nous ne soyons pas libres, la société ne peut, en aucune façon, traiter les hommes, même pervers, ainsi que des chiens enragés dont on se débarrasse. L'individu a une valeur en lui-même. La peine ne doit donc pas être uniquement utilitaire et avoir pour seul but l'intérêt de la société. A côté de la responsabilité légale, objective, il y a une responsabilité morale, subjective. Cette responsabilité est d'autant plus complète que l'homme est plus identique à lui-même; elle s'atténue s'il est atteint de quelque maladie de la personnalité [2] ». J'avoue que je comprends très mal et je suis tenté d'objecter avec Enrico Ferri que la responsabilité morale sans libre arbitre est un non sens. Je saisis mieux lorsque Tarde écrit [3] : « Il n'en est pas moins vrai que l'acte volontaire résulte d'un choix délibéré, libre ou non ; que comme tel, il est susceptible d'être répété *par imitation,* tandis que l'exemple des crimes des fous restés impunis ne suffit pas à rendre fou et qu'il y a lieu socialement, au seul point de vue utilitaire même, de distinguer entre des actes contagieux et des actes dépourvus de caractère capital. » Mais ce serait s'illusionner étrangement de penser que les crimes des « fous » ne sont jamais susceptibles d'être répétés par imitation. On a vu des « fous »

---

[1] On trouvera sur cette question et particulièrement sur la théorie de Dubuisson, de Binet, etc. des renseignements intéressants dans le livre de A. Hamon : Déterminisme et responsabilité. Paris 1898, Reinwald, éd.

[2] Maurice de Fleury. — L'âme du criminel, p. 84. Paris 1898, Alcan, éd.

[3] G. Tarde. — La criminalité comparée, p. 148. Paris 1886, Alcan, éd.

conduire les foules et leur donner des exemples malheureusement suivis. D'ailleurs même en admettant comme tout à fait exacte la seconde thèse de Tarde, celle-ci ramène la question sur le terrain de la *responsabilite sociale* et conduirait à rechercher, au point de vue pratique et « utilitaire », les moyens différents de se protéger contre des actes différemment dangereux, ceux des « fous », qui ne seraient pas reproduits par imitation, et ceux des « non fous », qui seraient au contraire susceptibles de l'être.

Après l'opinion de Tarde il convient de mentionner celle de M. Grasset. M. Grasset a compris combien il serait scabreux de faire intervenir dans les expertises médico-légales, la question discutée et discutable du libre arbitre et il propose de substituer à la responsabilité *morale*, ce qu'il appelle la responsabilité *médicale* ou *physiologique*. « Le médecin en fait, dit-il, n'a à s'occuper que du système nerveux, de cet appareil qui est un outil indispensable pour le spiritualiste comme pour le matérialiste. Ce qui prouve bien, ajoute-t-il, que le médecin n'a à s'occuper que de cet outil, c'est qu'il n'est compétent que pour juger l'état matériel de cet outil ; il ne peut décider qu'une chose : c'est l'état d'intégrité ou de maladie de cet outil, de ce système nerveux et de l'influence que cet état de l'outil a pu avoir sur la détermination criminelle qu'a prise et exécutée le sujet. » On ne saurait mieux dire, et c'est précisément cette thèse que nous soutiendrons plus loin. Je me demande alors pourquoi M.Grasset éprouve le besoin « *d'appeler responsable* au point de vue biologique et médical, l'homme qui a des centres nerveux sains, en état de juger sainement la valeur comparée des divers mobiles et motifs. » Celui-ci est un homme normal, voilà tout. Est-il responsable ? je l'ignore. En tout cas on ne pourrait l'établir qu'en discutant la question métaphysique de la responsabilité morale, ce que M. Grasset se défend de vouloir faire. Je devine la raison qui a porté l'éminent professeur de Montpellier à chercher malgré tout une signification médicale au mot responsable. Il lui a semblé sans doute qu'il était impossible de se passer de ce mot dans les rapports médico-légaux, et, en éliminant la chose, parcequ'il a compris qu'elle ne regardait pas le médecin, il s'est efforcé de conserver le vocable à la faveur d'une signification de convention, assez généralement admise, il est vrai, mais néanmoins arbitraire, et qui est fort différente de la signification propre. Effort superflu ! auquel ne se sont pas attardés les auteurs du code pénal, qui seraient vraisemblablement surpris s'ils assistaient à nos discussions et s'ils étaient témoins des tentatives pénibles qui sont faites pour donner un sens acceptable à un mot que, bien avisés, ils ont pris soin de ne pas employer. Nulle part en effet, à ma connaissance et à celle des légistes que j'ai consultés, il n'est question de responsabilité dans le code.

---

[1] J. Grasset. Journal de Psychologie normale et pathologique. Mars-Avril 1905. Et demifous et demiresponsables. Paris 1907, Alcan.

J'ai voulu établir par ce qui précède, comme prélude à ce qui va suivre, que le mot responsabilité appliqué en matière criminelle, de quelque façon qu'on l'envisage ou qu'on le torture, ou n'a pas de sens et devient dès lors un mot inutile, ou ne peut signifier que responsabilité *morale* ou responsabilité *sociale.*

Dans le premier cas il suppose de la part de celui qui l'emploie, si du moins il lui attache une signification, une adhésion à la doctrine de la liberté morale et du libre arbitre ; dans le second cas une interprétation du dommage causé à la société dans le passé ou susceptible d'être causé dans l'avenir. On ne peut parler de responsabilité morale sans faire incursion sur le domaine métaphysique ; on pénètre d'autre part nécessairement sur le terrain juridique quand on parle de responsabilité sociale : c'est au philosophe à décider si l'homme est libre ou ne l'est pas ; c'est au magistrat ou au législateur à prendre ou à arrêter les mesures qui sont adéquates à la responsabilité sociale des diverses catégories de délinquants ou de criminels.

II

Conditions que doit remplir tout rapport médico-légal.

Il paraîtra peut-être superflu que nous consacrions quelques lignes à préciser l'objectif auquel doit se limiter un rapport médico-légal : tout le monde en effet est, je pense, d'accord à cet égard, au moins en principe.

Le médecin légiste, appelé à donner son avis sur une question de fait, en général assez précise, doit éclairer la justice sur ce fait et rien de plus. On lui demande un renseignement : il a à le fournir comme il peut ; voilà tout. Il doit affirmer ce que l'état actuel de la science et les circonstances particulières du fait lui permettent d'affirmer, mais par contre il est tenu de rester dans le doute et de communiquer ses incertitudes sur les points à propos desquels l'état de la science ne lui permet pas d'être affirmatif. Si de hasard, parmi les questions qu'on lui pose. il en est auxquelles il ne peut répondre parce qu'elles ne sont pas de son domaine, son devoir est de déclarer nettement son incompétence et d'éviter de se laisser conduire sur un terrain qui n'est pas le sien. Un rapport médical n'est bien fait qu'autant qu'il est rédigé de façon à ne pas vieillir : les affirmations qui s'y trouvent, vraies aujourd'hui, doivent être de celles qui resteront vraies demain. Dans dix ans, dans cinquante ans sans doute on pourra donner une réponse affirmative à des questions auxquelles actuellement on ne répond que d'une façon dubitative : mais on ne doit actuellement affirmer que ce qu'on est sûr de pouvoir affirmer plus tard.

C'est assez dire qu'il faut soigneusement séparer les questions doctrinales, qui varient suivant les époques et les idées régnantes à ces époques, des faits qui restent indéfiniment vrais.

Cette règle de conduite qui est, je pense, celle de tous les médecins légistes, est applicable à tous les genres d'expertises médico-légales quelles qu'elles soient. Elle doit l'être particulièrement aux expertises qui visent l'état mental.

Le médecin peut avoir son opinion particulière sur les divers problèmes que soulève l'étude de la criminalité ; il peut adopter ou repousser telle ou telle des idées que semblent avoir mises en relief les récents travaux d'anthropologie criminelle ; il ne lui est pas interdit d'entrevoir dans l'avenir et de considérer comme supérieures aux actuelles des

conditions et des méthodes nouvelles d'expertises [1]; il est même naturel qu'il défende sa manière de voir, et s'efforce s'il le juge opportun, de provoquer des modifications au code d'instruction criminelle. Expert, il doit oublier tout celà, et bien se garder d'appeler la suspicion sur ses affirmations en les solidarisant avec des opinions et des doctrines contestées, ou tout au moins sujettes à discussion. C'est en qualité de médecin qu'on l'appelle : médecin il doit rester; les opinions sur la psychologie des criminels pourront varier, la législation se modifier, la jurisprudence et les habitudes judiciaires changer, les conclusions de son rapport doivent être telles qu'elles n'aient rien à redouter de ces fluctuations ambiantes; en matière d'expertise comme en toute autre, il est vrai, on peut se tromper: l'esprit n'est a l'abri ni d'une erreur ni d'une défaillance; mais les données auxquelles il doit se référer, précisément pour éviter ces défaillances et ces erreurs, doivent être assez certaines pour qu'il ait l'assurance que ses assertions, quand il se croit en droit d'en apporter de formelles, seront vraies demain comme elles le sont aujourd'hui et quelle que soit l'orientation nouvelle de la criminologie et du droit pénal.

On ne nous en voudra pas d'avoir rappelé, quoique banals, ces principes de conduite, car ce sont eux qui doivent nous guider dans l'étude de la question qui nous est soumise.

---

[1] Voir à ce sujet : L. Lagriffe in *Annales médico-psychol.*, mars et avril 1906. — B. Pailhas in *Arch. d'anthropologie criminelle*. mars 1897. — Toulouse et Crinon in *Revue de Psychiatrie*, juillet 1906.

III.

L'article 64 du Code pénal Français [1] est ainsi conçu : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

C'est en vertu de cet article que les médecins-experts sont commis dans les affaires criminelles.

Il n'est pas nécessaire de s'arrêter ici à indiquer le sens du mot démence. Tout le monde est aujourd'hui d'accord, magistrats et médecins, pour reconnaître qu'il ne doit pas être pris dans l'acception restreinte que lui assigne la clinique psychiatrique (affaiblissement mental) mais qu'il désigne les troubles mentaux, quels qu'ils soient, susceptibles d'influencer pathologiquement les actes. « Dans le sens médical, a dit justement Foville [2], la démence ne sert à désigner qu'une seule espèce d'infirmité de l'esprit, celle qui consiste dans l'affaiblissement successif tendant à l'abolition plus ou moins absolue des facultés intellectuelles, morales et affectives ; dans son acception juridique elle comprend l'ensemble de toutes les altérations de l'intelligence, de toutes les variétés de folie, de toutes les espèces d'aliénation mentale ». Il n'y a pas de contestation sur ce point.

Remarquons en passant que l'extension donnée au mot dont se sont servis les auteurs du Code, et que les progrès de nos connaissances en psycho-pathologie ont encore accrue, ne permet plus de s'en tenir rigoureusement à la ligne de conduite simpliste que conseillait Falret, par une réaction légitime contre la doctrine des monomanies. On se souvient en effet que repoussant ce qu'on appelait alors la « responsabilité partielle », il proclamait que toute imputabilité disparaissait du moment où l'on constatait chez l'inculpé une forme quelconque de « démence ». Il se refusait à admettre que, *dans le même moment*, un homme put être « responsable » de certains actes et « irresponsable » de certains autres. Cette manière de voir est certainement trop absolue.

---

[1] Les articles correspondants du Code pénal des divers pays sont à peu près identiques à celui du code pénal Français.

En Belgique : Code pénal Art. 71. Il n'y a pas infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment de l'acte.

En Suisse (canton de Genève) : Art. 52. Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état d'aliénation mentale au moment où le fait incriminé a eu lieu, ou s'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

[2] A. Foville. *Annal. d'hyg. et de méd. légale,* avril 1875.

Sous cette réserve, en nous en tenant au texte de l'article 64, quelle est la tâche du médecin appelé à donner son avis dans une expertise mentale ? Elle est nettement indiquée par le texte même de cet article : l'expert a à déterminer « si l'inculpé était ou non en état de démence au moment de l'action », ce qui revient à dire qu'il doit indiquer le rôle que l'état pathologique a pu jouer dans l'accomplissement de l'acte reproché.

Il ne semble pas que cette proposition puisse soulever la moindre objection.

Mais j'ajoute, et c'est ici que le dissentiment va apparaître, que le médecin *n'a pas d'autre rôle à remplir* que celui que je viens d'indiquer.

Il serait intéressant de rechercher comment et à quel moment, méconnaissant le texte précis de l'article 64, les magistrats ont commencé à poser aux médecins la question de responsabilité que cet article ne vise pas, et quand et comment les médecins ont pris l'habitude d'y répondre[1]. Je ne suis pas certain d'ailleurs que ce ne soit pas les médecins qui les premiers et de leur propre initiative, aient introduit dans leurs rapports, un vocable qui n'a pas tardé à plaire aux magistrats. De concert on a continué ensuite à en user, si bien qu'il apparaît aujourd'hui à presque tout le monde, juges, experts, critiques, réformateurs des expertises et du code, qu'on ne s'en puisse plus passer. Ceux-là même qui ont le sentiment que les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical, gardent le fétichisme du mot : la responsabilité *chose* tend à disparaître de nos préoccupations de médecins légistes, mais la responsabilité *mot* subsiste ; elle devient la « Responsabilité physiologique » de M. Grasset.

Ne vaudrait-il pas mieux la supprimer tout-à-fait ? C'est ma conviction et je vais en donner les raisons.

Je dois reconnaitre tout d'abord que, dans un certain nombre de cas, il n'y a pas grand inconvénient à se servir des mots *responsabilité* et *irresponsabilité*, quand, comme on le fait couramment, on dépouille ces mots de la signification qui leur convient, pour leur en donner une de fantaisie, à seule fin d'employer le même vocabulaire que celui dont les juges d'instruction ont pris l'habitude d'user. Voici un inculpé que des présomptions non fondées ont incité les magistrats à soumettre à une expertise : l'examen n'amène la découverte d'aucune tare mentale avérée, d'aucun trouble psychique notable. Le médecin est ainsi conduit à déclarer que l'inculpé n'est ni un anormal, ni un malade et que l'acte reproché n'a

---

[1] Dans les rapports médicaux un peu anciens, dans ceux, par exemple, qu'on trouve dans le livre de MARC sur *la folie dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires* (Paris, 1840), on trouve fréquemment employé, à la place du mot responsabilité qui implique une doctrine philosophique, le mot *imputabilité* qui vise un fait.

été la conséquence ni d'une maladie cérébrale, ni d'un trouble délirant : conformément à la question posée dans l'ordonnance ou le jugement, il affirme la responsabilité du délinquant. On comprend ce que cela veut dire et on n'attache pas à l'expression dont le médecin se sert une autre signification que celle qu'il a voulu lui donner lui-même.

Il en sera de même au cas inverse où l'on aura affaire à un délirant notoire, à un persécuté par exemple, qui sous l'influence de ses idées de persécution aura commis un homicide. On dira l'inculpé *irresponsable*, ce qui signifiera simplement qu'il a agi parce que malade et en tant que malade.

Ce langage, qu'approuvera M. Grasset puisqu'il répond à sa conception de la « responsabilité physiologique », témoigne, il faut bien le proclamer, d'une certaine faiblesse de la part de celui qui l'emploie, si toutefois il a la prétention de rester médecin et de ne pas faire d'incursion hors de son domaine, sur le terrain de la responsabilité morale c'est-à-dire du libre arbitre, ou sur celui de la responsabilité sociale. Cette faiblesse je l'ai eue comme d'autres maintes fois ; je serais par conséquent mal venu à blâmer ceux qui s'y abandonnent. Elle s'explique et s'excuse par ce fait que le rôle de protestataire, même quand on proteste simplement contre une terminologie défectueuse, est un rôle qu'on ne tient pas à assumer quand il n'y a pas nécessité à le faire.

Quoi qu'il en soit si la généralité d'entre nous a pu, sans trop de scrupules, céder aux sollicitations des magistrats oublieux de la terminologie du code pénal, nous ne saurions, sans des inconvénients graves, faire de cette condescendance une règle de conduite. Il y a des cas et nombreux où il est de notre devoir de parler une langue précise, je veux dire de parler français; et je me propose de montrer ici que si nous prenons les mots responsabilité et irresponsabilité dans le sens que notre langue leur reconnait, nous nous engageons gravement. « Si un médecin, dit M. Ch. Vallon[1], professait l'opinion contraire au principe de la loi, que l'homme ne jouit jamais de son libre arbitre, qu'il est aliéné par cela seul qu'il a commis un crime ou un délit, il devrait, afin de rester logique avec lui-même, refuser toute expertise ayant pour but d'établir la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un prévenu. »

En interprétant cette phrase je voudrais bien me garder d'en altérer le sens aussi peu que ce soit. Je suis convaincu qu'en l'écrivant, l'auteur a visé surtout les doctrines anthropologiques outrancières, plus hypothétiques que réelles, qui prétendraient ranger parmi les aliénés tous les criminels ou délinquants. Il est clair que si tous ces derniers étaient considérés par définition comme faisant partie des «déments » que vise

---

[1] Traité de pathologie mentale de G. Ballet.

l'article 64 du code pénal, il n'y aurait plus lieu à expertise en ce qui les concerne.

Mais il y a dans la phrase de M. Vallon autre chose : l'auteur y proclame que penser que l'homme ne jouit jamais de son libre arbitre, c'est professer une opinion contraire au principe de la loi; celui qui pense de la sorte doit donc « pour être logique avec lui-même, refuser toute expertise ayant pour but d'établir la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un prévenu », car, comme le dit ailleurs M. Vallon, « le principe de la responsabilité implique évidemment le principe de la liberté morale ».

M. Vallon, on le voit, dit nettement les choses, et il est logique quand il affirme la nécessité d'une certaine orthodoxie philosophique chez l'expert, si celui-ci est résolu à parler de responsabilité, en attribuant du moins au mot sa signification propre. Je préfère cette franchise un peu brutale aux distinguo subtils de M. Grasset. Le mot responsabilité n'a pas de sens si l'on n'admet pas le libre arbitre et M. Vallon a raison d'inviter gracieusement ceux qui pourraient n'y pas croire à refuser la mission d'expert telle qu'il la conçoit.

Mais la conçoit-il bien? Il s'obstine à penser qu'elle consiste à déterminer si l'inculpé est responsable ou non. Qu'il me permette de lui demander quel est l'article du code pénal qui légitime sa manière de voir; car il ne faut pas confondre les exigences du code qui est la loi, avec celles des magistrats qui l'appliquent. En attendant qu'on ait répondu à ma question, je persisterai à accepter des expertises, bien que j'aie l'intention arrêtée de ne pas m'y préoccuper de la question du libre arbitre. J'attendrai pour m'y soustraire qu'on ait modifié l'article 64 : je suis médecin, seulement médecin; cet article n'exige pas que je sois autre chose.

Cette manière de voir ne nous est pas propre, avons-nous besoin de le dire; nous sommes heureux de la savoir partagée par un criminaliste distingué. « Notre code pénal français, dit M. Saleilles[1], aboutit à un résultat merveilleux. Il suppose le libre arbitre partout, mais il n'en parle nulle part. Il présume tout adulte responsable de ses actes; pour faire tomber cette présomption, il exige la preuve de la démence ou d'un état pathologique similaire. La preuve a fournir porte donc sur des questions de diagnostic pathologique qui n'engagent aucune conviction philosophique ou religieuse. Donc rien de plus simple, le médecin légiste n'aura qu'à se prononcer sur l'existence ou la non existence de la folie. C'est un fait de sa compétence. On ne lui demande pas de se prononcer sur le libre arbitre. Et s'il ne croit pas au libre arbitre on n'exige de lui aucun

---

[1] Saleilles. *L'individualisation de la peine*. Biblioth. générale des sciences sociales, 1898. Paris, F. Alcan. Cité par Grasset loc. cit. p. 228.

sacrifice de conscience. » C'est à peu près ce qu'à écrit M. Grasset : « le rôle de l'expert consiste uniquement à étudier et à déterminer l'état et le fonctionnement des neurones psychiques (loc. cit.) ».

Ce qui revient à dire que le médecin n'a pas à se préoccuper de la question de responsabilité morale. Il est heureux qu'il en soit ainsi, sans quoi il se trouverait souvent dans un singulier embarras : un exemple va le montrer.

Un individu dans un accès d'ivresse absinthique, pris de fureur au cours d'une rixe, frappe brutalement d'un coup de couteau et tue l'un de ceux avec qui il se querelle. Revenu à lui, le lendemain du meurtre, il déplore et regrette amèrement son acte qui contraste avec son caractère habituel. Le médecin appelé à se prononcer sur la nature du crime a toutes les raisons d'affirmer que celui-ci est attribuable à une intoxication passagère, que, sans l'intoxication, il n'aurait pas été commis, qu'il constitue par conséquent un crime pathologique, rattachable à une maladie transitoire et courte : l'ivresse.

Quand il a fait cette déclaration, il a rempli sa tâche, toute sa tâche. Supposons un instant qu'on lui pose la question de responsabilité : s'il commet la faute d'y répondre, il va mettre le pied sur un terrain mouvant où il n'a pas le droit de s'aventurer. En effet, la responsabilité morale de l'ivrogne (et sa responsabilité pénale, dans l'espèce, est subordonnée à l'idée qu'on se fait de la responsabilité morale) est diversement envisagée par le législateur : l'ivresse est considérée suivant les législations et aussi les habitudes des magistrats, tantôt comme une circonstance atténuante, tantôt comme une circonstance presque aggravante. La loi militaire à cet égard est différente de la loi civile. Va-t-on subordonner la conclusion médicale de l'expertise qui n'a à tenir compte ni de la question d'exemple ni de la question de protection sociale, mais simplement de l'état mental de l'inculpé et des circonstances qui ont influé sur cet état mental, à des législations muables et changeantes suivant les temps et les lieux ? Personne n'oserait soutenir qu'on le puisse faire ; et c'est cependant ce à quoi on serait nécessairement conduit si à la constatation pure et simple des faits du ressort médical, on associait l'appréciation de la responsabilité de l'inculpé. Ceux-là même qui paraissent tenir le plus pour les habitudes traditionnelles semblent, l'avoir compris. C'est ainsi que P. Garnier[1], qui ne redoutait pas pourtant d'envisager certaines des questions de « responsabilité » relatives à l'ivresse, comme l'eût fait un magistrat ou un législateur, et qui n'avait aucune tendance à se dérober à ces questions dans ses rapports, terminait un de ceux-ci, relatif à une tentative d'homicide commise au cours d'une ivresse, par les conclusions que voici : « 1° X... n'est pas atteint d'aliénation mentale... ; 2° il paraît

[1] *La Folie a Paris*. 1890. J.-B. Baillière, p. 330.

s'être trouvé, au moment où il a commis l'acte qui lui est reproché, sous l'influence de l'ivresse, dont sa tentative de meurtre est le produit direct ; 3° *il ne nous appartient pas de nous prononcer sur le degré de sa responsabilité pénale dont l'appréciation revient à la justice* ». Je retiens cet aveu de P. Garnier, qui n'était pas d'habitude aussi circonspect.

Si l'on se refuse à se prononcer sur la question de responsabilité dans les cas d'ivresse, je ne vois pas pourquoi on consentirait à le faire dans les autres circonstances.

Garnier qui a soutenu dans la discussion sur la « responsabilité atténuée », à la société des prisons, que le médecin expert ne doit pas dans les cas habituels, se soustraire à la demande du juge, avait sans doute ses raisons pour se comporter dans les expertises relatives à l'ivresse, autrement que dans les autres cas. Ces raisons, il ne les a pas dites, mais on les devine aisément : il sentait avec tout le monde que le diagnostic médical, lorsqu'on a affaire à un ivrogne meurtrier, n'est qu'un des éléments de la décision judiciaire. L'inculpé, bien qu'inconscient au moment de l'acte, n'est pas pour cela tenu comme indemne d'imputation. Le magistrat considère que la « responsabilité morale » de celui-ci est plus ou moins engagée du fait qu'en se laissant aller à boire avec excès il s'expose volontairement aux conséquences possibles de l'ivresse et, de plus, il se préoccupe certainementde la responsabilité sociale de l'ivrogne.

Cette question de la responsabilité sociale des inculpés, il ne nous est pas possible à nous médecins de nous en désintéresser complètement. Sans doute, elle n'a pas plus à peser sur nos conclusions que sur notre diagnostic, car elle n'est pas d'ordre médical ; et nous méconnaîtrions les limites de notre rôle d'expert si nous nous laissions influencer, dans ces conclusions, par la perspective de l'application juridique qu'on en peut faire.

Mais il ne nous est pas interdit, ce rôle une fois terminé, d'envisager les conséquences de notre intervention. Or, si nous le faisons, nous ne pouvons nous défendre de cette impression que l'article 64 du Code pénal, avec les exonérations qu'il comporte, s'adapte insuffisamment, dans bien des cas, aux exigences de la défense sociale.

Deux exemples vont nous servir à le montrer et à faire en même temps ressortir ce qui intéresse ici avant tout, que nous aggravons le mal en ne nous dérobant pas, comme il me semble que ce soit notre devoir, aux questions inopportunes de responsabilité qu'on nous pose.

« Les *vols dans les grands magasins* », constituent, à Paris surtout, une variété de délit fort commune. Les experts sont journellement appelés à examiner des prévenues qui s'y sont livrées. Parmi celles-là un grand nombre ne sont que des voleuses vulgaires ; mais beaucoup d'autres sont des impulsives qui, fascinées par l'étalage, cèdent à une obsession « irré-

sistible » et vraiment pathologique. Il est d'usage courant de déclarer ces dernières « irresponsables », en vertu de l'article 64 du Code pénal, qui édicte qu'il n'y a pas de délit, quand le prévenu « a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » ; or l'expérience nous apprend qu'à la suite d'un premier non-lieu, fortes de l'impunité qui leur est désormais acquise, ces impulsives, qui ne le sont pas toujours d'une façon aussi complétement irrésistible qu'on l'a pensé, se laissent aller à de nombreuses récidives.

On ne saurait méconnaitre chez les inculpées de cette ordre l'influence morbide qui les fait agir, et il serait à la fois injuste et choquant de les condamner au même titre que des voleuses quelconque, à des peines afflictives et déshonorantes. Mais il ne paraît pas douteux que dans un très grand nombre de cas, la perspective d'une mesure désagréable prise par la magistrature à leur égard, qui sans avoir le caractère d'un châtiment, aurait celui d'un moyen de défense, serait de nature à mettre un frein, au moins relatif, à l'irrésistibilité de l'impulsion. Sans sortir de ses attributions l'expert pourrait préparer les esprits à une réforme qui rendrait possible ce moyen de défense à l'égard de délinquantes contre lesquelles on est actuellement désarmé. Il lui suffirait de mettre en relief la psychologie pathologique de ces malades, et de montrer comment et dans quelle mesure un traitement pénal leur serait applicable. Ce faisant, il resterait sur le terrain médical et rendrait le double service d'éclairer la justice à la fois sur la nature morbide du délit, ce qui est sa première obligation, et sur l'impossibilité, en l'état actuel de notre législation et de nos mœurs, de trouver une solution adéquate aux exigences du cas.

Les choses se passent plus simplement : on déclare la prévenue « irresponsable » parceque obsédée impulsive et, comme on ne la juge pas suffisamment malade pour la confier à l'autorité administrative, qui se garderait bien du reste de l'interner, on la laisse reprendre sa vie habituelle jusqu'au nouveau délit qui est en général prochain. Le magistrat prend la décision sans scrupule et sans regarder plus loin, car il est couvert par le médecin, qui a peut-être redouté de sortir de son rôle, en indiquant la solution pratique que sa connaissance clinique du cas lui permettrait d'indiquer, mais qui n'a pas craint de l'excéder en s'érigeant en métaphysicien de la responsabilité.

Ce que je viens de dire des voleuses impulsives, peut s'appliquer, trait pour trait, à une autre catégorie de délinquants que les experts ont encore fréquemment l'occasion de voir et de revoir, les *exhibitionnistes*.

D'autre part si l'on veut bien réfléchir aux éléments qui conditionnent ce qu'on appelle la responsabilité et l'irresponsabilité, on se rendra compte bien vite qu'ils ne sont pas tous d'ordre médical. « Ainsi le juge,

comme l'écrit très justement M. Grasset (loc. cit. p. 222), doit tenir un grand compte de l'intention (ce qui est un élément de la responsabilité morale). Le cas de légitime défense par exemple, qui excusera certains actes délictueux et criminels pour le juge ne doit pas être pris en considération par le médecin. D'une manière générale les circonstances de fait, étrangères au sujet, si importantes à l'instruction et au jugement, ne sont rien pour le médecin. Celui-ci n'a à envisager dans ces circonstances que ce qui peut l'éclairer sur le sujet lui-même, sur l'état de son système nerveux ». Ces remarques sont très justes : il y a, en d'autres termes, les éléments *exogènes*, si l'on peut dire, et les éléments *endogènes* de « l'irresponsabilité » ; les seconds comptent seuls pour le médecin. La multiplicité et la diversité de nature de ces éléments fait qu'un inculpé, déclaré « responsable » par le médecin, pourra fort bien, en considération des circonstances exogènes de l'acte, être tenu pour « irresponsable » par les jurés ou les magistrats. Contradiction fâcheuse ! qu'on éviterait en laissant à qui de droit le soin d'user de ce mot de responsabilité, qui ne devrait jamais être ni sous la plume, ni sur les lèvres de l'expert.

IV

C'est à propos des cas auxquels s'applique ce qu'on appelle la « responsabilité atténuée », qu'apparait le danger de persévérer dans les errements actuels et de ne pas s'en tenir à la simple constatation médicale des troubles existants. En effet, quand la « Responsabilité » est entière ou « l'irresponsabilité » manifeste, la solution juridique à intervenir ne soulève pas en général de discussion : c'est la condamnation dans le premier cas, le non-lieu dans le second. Les termes du rapport n'ont ici qu'une importance secondaire, tant sont nettes les conclusions, et précises les mesures qui en doivent découler.

Il en va tout autrement dans les cas où l'expert conclut, suivant la terminologie actuelle, à une « atténuation de la responsabilité ». Si je m'élève contre le vocable dont on a coutume de se servir pour caractériser les cas en question, je me hâte d'ajouter que je ne mets pas en doute, loin de là, la réalité de ces cas : ils sont nombreux, les plus nombreux de ceux qui font l'objet des expertises médico-légales.

Réserve faite sur les termes employés, je pense avec M. Régis et avec presque tout le monde que « l'humanité ne se divise malheureusement pas, psychologiquement, en deux catégories tout à fait distinctes : d'un côté les sains d'esprit, entièrement responsables ; de l'autre, les aliénés entièrement irresponsables. Entre les deux existe une vaste province, dite zône frontière ou mitoyenne, peuplée d'individualités tarées à divers degrès. Dans un grand nombre de cas soumis à l'examen du médecin expert, dans le plus grand nombre, pourrait-on dire, il s'agit d'états pathologiques incomplets, intermédiaires, comportant non une responsabilité absolue, mais une responsabilité atténuée. [1] »

Je rappellerai brièvement quelques-uns de ces états. Celui d'abord de l'épileptique qui commet un acte de violence (tentative de meurtre, coups ou blessures) en dehors du somnambulisme comitial; l'épilepsie, dans le cas particulier, n'est pas le facteur direct de l'acte : ce n'est pas dans la période d'inconscience qui suit la grande attaque, le vertige ou l'absence, que celui-ci a été perpétré, c'est dans l'intervalle des crises, alors qu'il n'y avait pas obnubailtion de la conscience et que l'inculpé jouissait du discernement. Le mobile du crime a été un mobile vulgaire, la haine, la vengeance, la colère ; à ce titre il est « punissable ». Mais l'épilepsie est intervenue néanmoins à titre de facteur accessoire, en créant une certaine irritabilité du caractère qui a rendu les réactions

---

[1] Régis. — Précis de psychiatrie. Paris, O. Doin, 1906, p. 919.

motrices plus promptes, plus violentes, en diminuant la puissance de maîtrise du malade sur lui-même. Si celui-ci est «punissable». on admet qu'il l'est moins que le coupable qui n'aurait pas la même excuse pathologique.

Second cas : ce sera celui de l'alcoolique meurtrier ; non pas de l'alcoolique halluciné qui se venge d'une injure qu'il croit avoir entendue, ou se défend contre un passant qu'il prend pour un ennemi menaçant ; celui-là c'est l'alcoolique aliéné, agissant sous l'influence d'un délire hallucinatoire toxique : on s'accorde à le proclamer « irresponsable ». Celui auquel je fais allusion c'est l'alcoolique, qui s'est lentement et quotidiennement imprégné, qui n'a pas versé dans le délire vrai, mais qui, toujours entre deux vins, est inquiet, défiant, irritable, colère, quelquelquefois, le jour d'un excès un peu plus marqué, à demi ou au quart obnubilé. Qu'il frappe, pour un motif futile, sa femme, un parent, un voisin, on ne le dira pas « irresponsable » puisqu'il n'était pas en état de véritable délire, on lui accordera une « atténuation de responsabilité », parce qu'en fait l'intoxication alcoolique n'a pas été étrangère au crime.

Troisième cas : il est fort commun ; meurtrier ou voleur, quelquefois successivement les deux, l'inculpé se présente accompagné d'un riche casier judiciaire ; sa vie, bien que d'ordinaire il soit jeune, a été une suite d'actes incorrects ; paresseux, bohême, incapable de se fixer, il a couru de place en place, ne restant nulle part, se livrant entre temps à l'escroquerie, courant les aventures ; il a encouru plusieurs condamnations, légères d'abord, plus sévères ensuite, jusqu'au crime, vol qualifié, tentative d'assassinat ou assassinat, qui a provoqué sa récente arrestation. La mère intervient auprès du juge d'instruction, invoquant un cas d'aliénation dans les ascendants, des bizarreries de caractère, ou des convulsions infantiles chez le prévenu, et sollicite un examen médical que le magistrat s'empresse d'ordonner. L'expert s'assure qu'en effet il y a des aliénés dans la famille, que le père était alcoolique ; il constate chez l'inculpé quelques anomalies physiques, une débilité mentale réelle, une instabilité non douteuse ; tout cela est pathologique, du moins anormal. Il conclut non pas à l'irresponsabilité, car il n'y a pas de « démence » à proprement parler, mais à une « responsabilité atténuée », convaincu que de la sorte il a concilié la vérité médicale avec les intérêts de la société.

Les situations auxquelles je viens de faire allusion ne représentent qu'un petit nombre de celles dans lesquelles l'expert est amené à conclure à une atténuation de responsabilité. Il y en a d'autres, mais celles qui précèdent sont les plus habituelles. Je tiens à faire remarquer que ces situations sont nettes, bien caractérisées. On a dit que l'atténuation de responsabilité était un simple et commode expédient auquel l'expert recourrait volontiers dans les cas embarrassants et difficiles ; « quand on

est hésitant, dit M. Legrain[1], ou que l'on n'ose point risquer une opinion ferme, ont est enchanté de trouver un moyen terme qui semble tout arranger » ; « dans les cas embarrassants, dit M. Michelon[2], les experts ont des scrupules de conscience et alors, comme l'a dit le professeur Garraud, pour atténuer leur propre responsabilité, ils atténuent celle des prévenus. » Je proteste pour ma part contre ces interprétations : l'expert *affirme* quand il a des éléments de *certitude* ; il doit rester dans le doute quand ces éléments lui manquent, mais son devoir est de confesser ses hésitations et ses doutes avec non moins de netteté que ses certitudes. La « responsabilité atténuée » n'a pas été imaginée pour le tirer d'embarras dans les cas difficiles, et je déplore qu'une phrase ambiguë de Legrand du Saulle ait pu donner créance à une semblable erreur. En fait quand l'expert déclare atténuée la responsabilité d'un prévenu, il sait ou du moins il doit savoir nettement ce qu'il veut dire. Dans les cas que j'ai rapportés plus haut comme dans les autres que j'aurais pu citer, l'inculpé n'est pas tenu pour « irresponsable » parce que d'une part il jouit d'un discernement suffisant pour apprécier l'acte qu'il a commis, et que d'autre part le mobile auquel il a obéi n'était pas un mobile pathologique (hallucination, interprétation délirante, idée fixe, impulsion), mais un mobile physiologique (haine, colère, vengeance, intérêt). Seulement, comme du fait de tares innées ou acquises, accidentelles ou constitutionnelles, il présente une excitabilité maladive ou une faiblesse de la volonté pathologique ou une insuffisance tératologique du sens moral, il n'est pas possible qu'on ne tienne pas compte de ces tares qui diminuent sa force de résistance aux incitations passionnelles, et c'est ce qu'on fait en concluant à une « responsabilité atténuée. »

Il ne me semble pas possible de mettre en doute la réalité, je dis plus, le très grand nombre des cas auxquels s'appliquerait légitimement l'atténuation de responsabilité, si, conformément à l'habitude courante, le mot et la chose que ce mot prétend exprimer, avaient droit de figurer dans un rapport médico-légal.

Mais pour de multiples raisons j'estime que l'expert doit renoncer, en paraille occurence, à indiquer la chose et à employer le mot.

Je ne reviendrai pas sur le procès que j'ai fait plus haut au mot responsabilité. Il va sans dire que les objections dont me semble passible le mot responsabilité tout court, s'appliquent aussi au mot responsabilité atténuée. Si le médecin n'est pas compétant pour juger la question de responsabilité, à plus forte raison ne l'est-il pas pour juger celle de l'atténuation de cette responsabilité.

Mais je veux montrer où nous mêne en pratique la condescendance

---

[1] Société des prisons, 1905.

[2] Soc. des prisons, loc. cit.

qui nous porte à accepter un vocabulaire qui n'est pas le nôtre, et les inconvénients ou même les périls de cette condescendance.

Je me suis attaché à les faire ressortir dans la discussion qui a eu lieu en 1905, à la société des prisons, sur le « Traitement à appliquer aux délinquants à responsabilité limitée ».

Pour ne pas rester dans le domaine des généralités vagues, j'envisagerai successivement les deux ordres de cas auquels l'expert a le plus fréquemment affaire.

Et tout d'abord celui de l'alcoolique meurtrier. Je ne parle pas bien entendu de l'alcoolique délirant (aigu ou subaigu) dont l'expert, quand il accepte de se prononcer sur la question de responsabilité, n'hésite pas à faire un irresponsable ; mais de celui dont j'ai parlé plus haut qui, habituellement intempérant, toujours entre deux vins, ou plus souvent deux absinthes, frappe sans être vraiment ni en état de délire ni en état d'ivresse.

De lui on peut dire ce que j'ai dit de l'ivrogne, que sa « responsabilité » n'est pas en raison de son état mental, mais de l'opinion que professent les magistrats sur l'imputabilité de l'alcoolique ou de celle dont les législations s'inspirent. En l'absence de texte précis, les jurés ou les juges peuvent apprécier fort différemment un même cas et si c'est notre rôle de leur montrer la part qui est revenue à l'imprégnation alcoolique dans la perpétration du crime, il ne nous appartient pas d'émettre un avis sur le degré de culpabilité de l'intoxiqué. En le faisant nous substituerions à une conclusion médicale, précise, à la constatation inattaquable d'un fait, une interprétation dont la vérité varierait avec les lieux et avec les temps, ce qu'on ne doit pas se permettre dans un rapport. Aux Etats-Unis l'alcoolique, même délirant, est considéré comme responsable, au premier chef. « La loi considère que l'alcoolique n'est tel que par sa volonté, et que, par conséquent son état d'intoxication ne saurait lui servir d'excuse. Bien plus, il existe des décisions qui déclarent

[1] M. Grasset a cherché une critérium anatomo-physiologique de la Responsabilité atténuée. « La responsabilité, dit-il, est fonction de la normalité des neurones psychiques. Or ces neurones psychiques sont légion : les centres psychiques corticaux sont éminemment complexes et divisibles. On comprend donc que si, dans certains cas, ils sont tous entièrement normaux et si dans d'autres ils sont tous profondément altérés, dans une troisième groupe de faits ils soient partiellement ou incomplètement altérés ; par suite à côté des irresponsables et des responsables, il y a des demi-responsables, ceux dont la responsabilité est diminuée, atténuée. » Je regrette que M. Grasset ne nous ait pas en même temps indiqué le moyen de reconnaître quels sont les neurones altérés et comment ils le sont. Je crains que l'expert, n'ayant à sa disposition que le critérium qu'il propose, se trouve dans un singulier embarras, et que peut-être l'inculpé en patisse. C'est le cas de rappeler ici la boutade de Tarde (La criminalité comparée, p. 146) : « Nos aliénistes, nos experts médico-légaux auront beau nous démontrer savamment que tel ganglion, tel lobe, telle cellule du cerveau d'un accusé a fait tout le mal, la justice refusera avec raison d'entrer dans ce détail et se croira le droit de trancher toute la tête qui contient ce ganglion, ce lobe ou cette cellule. »

que, pour l'individu qui a commis un crime, le fait d'avoir été en état d'ivresse au moment de l'acte est une aggravation de culpabilité.... En aucun cas, dit le code pénal de l'état de New-York, un acte commis par une personne en état d'intoxication ne sera considéré comme étant moins criminel en raison de cette circonstance. [1] » Si la loi française ou plutôt la jurisprudence est plus douce que la loi américaine, il n'est pas impossible que les choses changent sous l'influence de la croissance du péril alcoolique. Médecins nous n'avons pas à entrer dans de pareilles considérations. Nous avons bien le droit, si on nous le demande, d'indiquer à propos d'un inculpé, quelles sont les mesures de précaution qui nous semblent les mieux adaptées à ses tares, car c'est là opinion qui se rattache étroitement à notre constation médicale et que nous sommes plus compétents que d'autres pour donner, mais nous n'avons pas à nous immiscer dans une question de « responsabilité », c'est à dire de « culpabilité » qui n'est pas de notre compétence et qui, avec les mêmes éléments médicaux en main, pourra être résolue demain par les juges ou la législation autrement qu'aujourd'hui.

Au mois de Février 1906 nous avons été commis MM. Joffroy, Raymond et moi par le parquet d'Auxerre, pour examiner le sieur Augustin X., inculpé de parricide. X. avait tué sa mère, agée de 82 ans, au cours d'une discussion avec elle, en la précipitant sur le sol. C'était un alcoolique avéré, mais au moment du crime il n'était pas en état de délire. Nos conclusions furent les suivantes :

1° X est un buveur d'habitude qui, depuis quelques années commet de fréquents excès de vin blanc et d'eau de vie.

2° X a présenté les principaux signes de l'intoxication alcoolique par abus habituel, et présente encore maintenant quelques-uns d'entr'eux.

3° X. quand il a frappé sa mère, était sous l'influence de l'alcool, et c'est parcequ'il était sous cette influence qu'il l'a frappée.

4° A aucun moment toutefois il n'a présenté de délire alcoolique proprement dit. On ne peut le tenir pour irresponsable. Il doit rendre compte de ses actes à la justice.

5° Le rôle joué par l'alcool chez l'inculpé a consisté à modifier son caractère et à le rendre violent et brutal. En outre il est vraisemblable qu'au moment du crime, Joly était en état d'ébriété et que par suite la conscience était partiellement obnubilée, comme elle l'est dans les accès passager d'ivresse.

6° C'est à la justice à apprécier dans quelle mesure des habitudes d'ivrognerie, qui n'ont pas conduit le prévenu jusqu'à l'aliénation mentale, mais ont fait de X. un violent, un brutal et finalement un criminel, peuvent être invoquées comme circonstances atténuantes.

---

[1] A. Cullerre. Annal. médic. psycholog. 1889, t. 2. p. 407.

Invité à déposer devant la cour d'assises d'Auxerre, je fus sollicité par le président de donner mon opinion sur le « degré de responsabilité » de l'inculpé. Pour les raisons que j'ai exposées plus haut, je refusai formellement de le faire. L'avocat insista à son tour en invoquant une récente circulaire de M. le garde des sceaux aux juges d'instruction. Je persistai dans mon refus de me prononcer sur « l'atténuation de la responsabilité », estimant d'ailleurs que la circulaire invoquée n'avait pas le sens que lui supposait le très distingué défenseur; j'ajoute qu'eut-elle eu ce sens, elle ne m'eut pas déterminé à aller hors des limites de ce que je pensais être ma compétence.

L'incident fit quelque bruit : les journaux locaux et même ceux de Paris s'en emparèrent ; on raconta que j'avais refusé d'éclairer la cour. On n'avait pas saisi que ce que j'avais refusé ce n'était pas de donner mon opinion *médicale* sur le cas, j'étais là pour ça ; c'était de compromettre cette opinion en l'associant à une autre que je n'avais pas qualité de formuler, sur le degré de culpabilité des alcooliques non délirants.

Je livre mon attitude à la critique des membres du congrès.

Envisageons un autre cas, aussi fréquent pour le moins que celui de l'alcoolique meurtrier. J'y ai fait allusion plus haut : c'est celui du déséquilibré pervers, quelquefois débile intellectuel en même temps que débile moral. Je le suppose assez intelligent, et il l'est souvent, pour discerner le bien du mal et apprécier la portée et l'incorrection de ses actes. Ce n'est pas un « dément » dans le sens où ce mot est pris par le code et on ne saurait, en le déclarant « irresponsable », décider qu'il y lieu de l'admettre dans un asile. Mais c'est un insociable et un insociable incorrigible ; la série de ses méfaits (délits ou crimes) démontre qu'il constitue un véritable péril social. Héréditaire souvent ou fils d'alcoolique, n'ayant d'ordinaire pour expliquer sa conduite, ni l'ignorance, car il a quelquefois reçu une certaine instruction, ni les mauvais exemples, car fréquemment il sort d'un milieu honnête, il mérite l'appellation de criminel-né, chère à Lombroso. Mais à l'encontre de beaucoup de malfaiteurs que le médecin de Turin désigne par ce terme, et sur lesquels on peut discuter, la pathologie le revendique légitimement, en se fondant non sur de vagues caractères anthropologiques, mais sur tout un ensemble de données significatives : antécédents héréditaires ou personnels (convulsions infantiles ou maladies de l'enfance), anomalies mentales et stigmates psychiques.

Lorsqu'un délinquant de cet ordre comparaît devant la cour d'assises, l'expert qui a été chargé de l'examiner, ne manque pas de conclure à une « responsabilité atténuée ». On se convaint bien vite, pour peu qu'on ait été quelquefois mêlé au débats judiciaires où figure cette variété d'inculpés, que cette conclusion est à tous les points de vue détestable.

Elle l'est d'abord au point de vue théorique. Même si les experts qui parlent de responsabilité à propos de ces délinquants, négligent la question toujours controversable, et particulièrement controversable dans ce cas, du libre arbitre, pour prendre le mot dans le sens que lui attribue M. Grasset, ils s'exposent à des contradictions qui ne tournent pas toujours à l'honneur de la médecine. Je m'explique : chez les prévenus dont il s'agit, il y a des tares positives, des anomalies mentales non douteuses sur la nature et les conséquences desquelles les experts sont toujours d'accord. Là où ces derniers diffèrent, c'est lorsque, quittant le terrain médical qui est le leur, ils s'aventurent à tirer de leurs constatations des conclusions au point de vue de la responsabilité. On arrive alors au lamentable spectacle que voici : dans le dossier du prévenu qui fréquemment a déjà subi plusieurs expertises, on trouve plusieurs rapports médicaux, dont trop souvent les conclusions sont différentes ou même contradictoires ; car chacun des experts n'ayant pas eu la sagesse de rester strictement sur le domaine médical, a interprété, suivant ses tendances, la « responsabilité » de l'expertisé. L'un en a fait un « irresponsable » et l'a proposé pour l'asile, l'autre un responsable à responsabilité atténuée, quelquefois même il s'en trouve un troisième qui a conclu à la responsabilité complète. Je n'ai pas besoin de dire qu'il se trouve presque toujours, aux débats, un défenseur ou un ministère public pour souligner avec esprit les « contradictions de la science ». C'est de bonne guerre et à nous la faute. Nous eussions évité ces contradictions si nous étions restés médecins. Car, qu'on le remarque bien, ce n'est pas, encore une fois, sur les constatations médicales que les experts diffèrent ; ils sont d'accord sur les tares pathologiques, sur leurs causes, sur leur nature, sur les effets qu'ont ces tares sur la conduite du délinquant et aussi sur les mesures qu'il conviendrait de prendre à l'égard de ces délinquants. Et c'est tout ce qu'on est en droit d'exiger d'eux.

Où ils sont en contradiction. c'est sur les déductions métaphysiques qu'ils s'obstinent à tirer de ces constatations, parce que les magistrats ont le tort de leur demander de le faire. Ils se tirent comme ils peuvent de cette mission qui n'est pas la leur ; quelques-uns même recourraient, paraît-il, au procédé ingénu dont Garnier parlait à la société des prisons, et décideraient à pile ou face, s'ils doivent conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité, envoyer l'expertisé à l'asile ou à la prison, qui, du reste, je vais le dire, ne sont ni l'un ni l'autre faits pour le recevoir. *Ne sutor ultra crepidam.*

Au point de vue pratique, il y a des inconvénients plus graves encore à déclarer atténuée la responsabilité des fous moraux et des déséquilibrés pervers. Je me suis efforcé de le faire ressortir dans la discussion de la Société des prisons. On aboutit de la sorte en effet à ce résultat, de faire condamner ces anormaux avec admission de

circonstances atténuantes, ce qui est une double faute. C'est une faute d'abord de les condamner à une peine infamante, car si le médecin n'a pu les déclarer « déments » puisqu'ils ont la notion du bien et du mal et de la portée de leurs actes, ce sont des anormaux qui relèvent de la pathologie ou du moins de la tératologie. C'est une faute au point de vue de la défense sociale, de les condamner à une peine atténuée, c'est-à-dire à une courte peine, car cela leur permet de reprendre bientôt la série de leurs méfaits. De cette façon on a fait à la fois de la mauvaise protection sociale et de la mauvaise justice.

La plupart des criminologistes sont sur ce point d'accord avec nous. Voici comment s'exprime notamment M. Michelon [1]:

« La notion de responsabilité atténuée a des résultats déplorables. Si de tous côtés on constate avec terreur l'accroissement de la récidive, on constate en même temps le rôle néfaste qu'y joue la notion de responsabilité atténuée et de partout on commence à jeter le cri d'alarme. Tout le monde sait que la plaie de notre système judiciaire est l'abus des courtes peines ; et il existe toute une littérature sur les inconvénients d'un pareil régime. Il y a longtemps que l'on fait remarquer que les courtes peines sont insuffisantes pour amender le condamné, mais suffisent amplement pour le corrompre ».

« La pire des solutions, dit à son tour M. Grimanelli [2], est celle qui consisterait à appliquer aux demi-responsables une échelle réduite des peines ordinaires ou par voie de commutation ou par voie de réduction dans la durée. De toutes les solutions c'est la moins satisfaisante, la plus nuisible et à l'individu et à l'intérêt social. Car les courtes peines dans ces conditions, ne remplissent ni l'office répressif, ni l'office curatif ; et il est même à craindre que ce régime de courtes peines n'arrive à aggraver, sans profit pour la société, le cas du malheureux auquel il serait appliqué, au lieu d'améliorer sa condition de vie et de conduite. »

M. Grimanelli parle au conditionnel, mais en réalité la pratique qu'il redoute est la pratique de tous les jours, grâce à la complicité des médecins et des magistrats, qui trouvent le moyen de simplifier leur tâche et de résoudre un problème, actuellement il est vrai difficilement soluble, les premiers en concluant à la « responsabilité atténuée », les seconds en appliquant comme conséquence une pénalité atténuée.

Frappé de ces inconvénients théoriques et pratiques, j'ai pour ma part depuis longtemps renoncé, dans les cas dont il est question, à me prononcer sur la responsabilité.

Il y a deux ans j'ai formellement refusé de le faire à la cour d'assises de la Sarthe, où j'avais été appelé à déposer, à la suite d'un rapport, sur

[1] Michelon. Disc. à la Société des prisons, loc. cit.

[2] Discussion à *la Société Genérale des prisons* sur le traitement à appliquer aux délinquants à responsabilitée limitée, 1905.

un déséquilibré, coupable de multiples escroqueries, dont javais été chargé avec les docteurs Boëteau et Bourdin, du Mans. Malgré les sollicitations pressantes du président, déplorant que ma déposition ne « tirât pas la cour d'embarras », j'ai cru devoir me borner à insister sur les anomalies mentales du prévenu, sur le rôle que ces anomalies avaient eu sur sa conduite, sur la récidive certaine qu'elles autorisaient à prévoir ; je suis même allé jusqu'à indiquer le genre de mesure répressive qui me semblait convenir dans l'espèce ; mais je n'ai voulu en prononçant le mot de « Responsabilité atténuée » ni pénéter sur un domaine qui n'est pas le domaine médical, ni accepter la solidarité d'une condamnation que, par avance, je savais devoir être doublement défectueuse, au point de vue de la protection sociale comme à celui de la justice.

J'ai cru devoir m'inspirer des mêmes scrupules dans une affaire analogue et plus récente qu'on me permettra de rappeler.

Au mois de février 1905 nous avons été commis les professeurs Joffroy, Raymond et moi, par un arrêt de la cour d'assises de Seine et Marne, à l'effet de procéder à l'examen d'un sieur T* âgé de 16 ans, inculpé d'assassinat et de rechercher si cet inculpé. suivant la formule classique, était atteint « d'une maladie de nature à atténuer sa responsabilité et dans quelle mesure ».

Nous avons rédigé le rapport suivant :

T* est inculpé d'assassinat. Le mardi 13 décembre 1904 il a tiré trois coups de revolver sur un de ses camarades C**, dans le but, dit l'accusation, de le tuer d'abord, de le voler ensuite. Le troisième coup de feu a atteint C** mortellement à l'œil gauche. Ces faits sont établis, avoués par T*, et les circonstances du crime précisées dans l'acte d'accusation. Nous n'avons pas à nous y appesantir.

Que l'acte ait été prémédité ou non, ce que les débats auront à établir, il n'est pas douteux qu'il ait été accompli par l'inculpé en connaissance de cause. T* savait ce qu'il faisait quand il a frappé son camarade ; il n'a obéi ni a une idée délirante, ni à une obsession mordive, mais à un mobile criminel. Sur ce point il n'y a place à aucun doute ; et les déclarations formelles et réiterées de l'inculpé nous permettent d'être affirmatifs.

Mais quand on parcourt le dossier de T*, quand on constate qu'il est né de parents honorables (son père est instituteur), qu'il a reçu une bonne éducation, qu'on a fait pour l'instruire et pour développer chez lui de bons sentiments, de longs efforts, quand on relève qu'il n'a pas pour expliquer sa conduite l'excuse de la misère résultant de circonstances fortuites, on est porté à se demander si la raison de son crime ne réside pas dans certaines tares organiques indépendantes des conditions ambiantes.

Pour nous fixer sur ce point nous avons fait une enquête aussi com-

plète que possible sur les antécédents héréditaires, la constitution physique, la psychologie de l'inculpé.

Un grand oncle notamment de T* a été interné à Bicêtre en 1852, à l'âge de 20 ans. Il fut transféré à l'asile de Caen en 1870, puis de nouveau à Bicêtre en 1872. Il parait avoir été atteint de débilité mentale. Une sœur a été admise à la Salpétrière, section des épileptiques aliénées, à l'âge de 9 ans, et y est morte à 12 ans.

Il résulte des renseignements qui nous ont été fournis par le père, que l'inculpé aurait eu des convulsions à l'âge de 2 ans, à 3 ans du rachitisme avec gros ventre, jambes arquées et développement anormal de la tête. Il aurait appris difficilement à écrire, très difficilement l'orthographe et, malgré les leçons supplémentaires que lui donnait son père, il n'a jamais été capable de faire un problème. Il était d'ailleurs peu laborieux. Il parvint cependant à entrer après concours, dans une école industrielle rue Saussure : mais le directeur de cette école s'étonne qu'il y soit arrivé, car il n'avait aucune disposition.

Le caractère de T* parait avoir été toujours capricieux, difficile et mobile. Enfant, assure le père, il se disputait plus que de raison avec sa sœur et souvent la battait.

Comme il réussissait peu dans ses études, on le fit entrer dans le commerce. Il fut attaché à diverses maisons en qualité de commis épicier. Mais les renseignements fournis par l'enquête, établissent qu'il ne resta jamais longtemps dans la même place : difficile à vivre il n'acceptait pas les observations qui lui étaient faites par ses aînés ou ses patrons. Il était grossier, vantard et plusieurs de ses patrons, frappés des irrégularités et des bizarreries de son caractère, l'avaient considéré comme ayant le « cerveau dérangé ».

C'est un garçon de 16 ans, de petite taille. La tête est volumineuse, le front bas. La langue présente des fissures avec des ulcérations. Lorsque T* est au repos on voit se produire de temps en temps une contraction brusque des muscles de la face du côté gauche, soit à la commissure labiale, soit à la région malaire : il s'agit là d'un tic facial.

T* est d'une intelligence au-dessous de la moyenne : nous avons pu nous convaincre, après l'avoir mis pendant quelques temps en observation dans le service de la clinique de l'asile Ste Anne, qu'en réalité c'est un débile mental. Il comprend cependant la gravité de l'acte qu'il a commis, il sait la conséquence qui pouvait en résulter pour lui. Toutefois s'il entrevoit ces conséquences, quand on le questionne à ce sujet, il parait, quand il est abandonné à lui-même, les perdre un peu de vue : il reste insouciant, modérément préoccupé, très satisfait de son séjour à Ste Anne, où le pain est meilleur, dit-il, qu'à la prison. Comme l'a très justement relevé M. le Dr Gravery, ses lettres indiquent qu'il n'a pas constamment présentes à l'esprit les suites possibles de son inculpation.

Il y manifeste le regret de l'acte qu'il a commis, dit qu'il ne recommencera pas, qu'il est décidé à bien travailler, qu'il s'ennuie en prison et qu'il voudrait bien sortir d'une façon ou d'une autre ; il semble croire qu'il pourrait être rendu à la vie ordinaire. Dans l'une de ces lettres datée du 6 avril, que nous avons sous les yeux, il manifeste de bons sentiments à l'égard de ses parents, de sa sœur. Il dit qu'il apprend à cultiver la terre pour plus tard, « car cela pourra lui servir ».

Il nous a remis, à notre demande, le récit écrit de sa vie. Ce récit paraît sincère ; c'est celui d'un enfant qui insiste sur les petits détails de son existence passée, qu'on devine avoir été toujours insouciante, sans préoccupation du lendemain et des conséquences éloignées de sa conduite. Il raconte qu'étant enfant « il volait dans les paniers des autres » ; qu'il lui arrivait de « se déshabiller dans la classe » en l'absence du maître. « Je montais sur le bureau du maître, écrit-il, et tout nu devant la classe des filles, qui était en face, je montrais mon machinchouette et mon canon ; alors on rigolait de me voir ». Il prétend avoir à diverses époques et, quand il en avait l'occasion et le moyen, fait des excès de boisson.

Le 20 mars, étant à la prison de la Santé, il a été pris d'un accès de délire et conduit à l'infirmerie spéciale du dépôt et de là à l'asile St-Anne, où l'on a constaté qu'il était affecté d'un accès d'excitation maniaque très intense. Cet accès n'a duré que quelques jours et était terminé le 5 avril, comme l'indique un certificat de situation que nous avons sous les yeux.

De tout ce qui précède il résulte pour nous que si T* n'est ni un délirant, ni un aliéné, c'est un héréditaire, chez lequel, sous l'influence de l'hérédité morbide, le développement cérébral s'est fait d'une façon défectueuse. La conséquence en a été un certain degré de débilité mentale qui n'enlève pas à l'inculpé tout discernement et ne l'empêche pas de se rendre compte de la nature et de la portée de ses actes. Imprévoyant, comme le sont les individus qui ont ce genre d'organisation cérébrale, T* obéit aveuglément à ses instincts, sans souci des convenances ni du devoir. Il répond assez bien à l'idée qu'on doit se faire de ce qu'on a appelé le criminel-né ; chez lui le crime qui revêt le caractère non du crime vraiment morbide de l'aliéné obéissant à une idée délirante, mais du crime vulgaire, résulte de sa tare cérébrale congénitale. Cette tare s'affirme non seulement par l'hérédité, par la conformation cranienne, par le tic de la face, par la légère débilité mentale, par les inégalités et les bizarreries du caractère, par les incorrections de conduite que n'expliquent ni une éducation vicieuse, ni des conditions défectueuses de milieu, mais encore par l'aptitude à des crises transitoires d'excitation maniaque, comme en témoigne celle qu'a eu T* en mars dernier.

Notre rôle à nous médecins est de montrer ce qu'il y a d'anormal chez l'inculpé et d'établir comme nous venons d'essayer de le faire, comment ces anomalies morbides ont influé sur la détermination de l'inculpé pour en faire un criminel vulgaire.

Nous ne sommes pas compétents pour trancher la question d'ordre métaphysique, non d'ordre médical, qu'est celle de la responsabilité.

Ce que nous devons ajouter toutefois comme la conséquence pratique de l'examen auquel nous nous sommes livré et des constatations que nous avons faites, c'est que T. est un anomal dangereux, que l'étant du fait de sa constitution mentale, originelle, il le sera toujours ; que sa place n'est pas dans un asile ordinaire d'aliénés, car T. n'est pas aliéné ; que tout jugement qui condamnerait l'inculpé à une peine, réduite à cause de la tare mentale, serait doublement défectueux ; d'abord parceque réduire la détention ce serait ramener plus tôt dans la société un individu dangereux, contre lequel il faut se protéger d'une façon durable; parcequ'ensuite il n'est ni logique, ni humain d'infliger une peine à quelqu'un dont les actes sont la conséquence d'une tare cérébrale héréditaire.

Depuis longtemps les médecins réclament pour cette catégorie de criminels des établissements spéciaux, ou plutôt un régime spécial qui ne soit ni celui de l'asile fait pour les délirants, ni celui de la prison.

Où T. serait le moins mal à sa place en l'état de notre organisation, ce serait dans un quartier destiné aux aliénés criminels.

Conclusions. — 1. T. n'est pas un aliéné ; 2. C'est un criminel par tare mentale hériditaire et originelle ; 3. Sa place n'est exactement ni à l'asile, ni à la prison ; 4. En l'état défectueux de notre organisation, ce serait encore dans un établissement d'aliénés criminels qu'il serait le moins mal à sa place.

14 Avril 1905.

A la cour d'assises de Melun où je fus appelé à déposer, je me bornai à développer les conclusions de notre rapport. Là encore je fus pressé de répondre à la question de « Responsabilité » qui d'ailleurs était posée par le jugement qui nous avait commis. J'expliquai les raisons, les mêmes que dans le cas précédent, qui nous avaient déterminés MM. Joffroy, Raymond et moi à n'y pas faire allusion dans le rapport. Je n'avais pas de motif pour ne pas garder devant la cour la même réserve. J'insistai sur les tares mentales de l'inculpé, je m'efforçai de montrer qu'il s'agissait là d'un anormal dangereux, que dans notre organisation pénitentiaire ou d'assistance, il n'y avait aucun organe correspondant aux exigences de la situation, qu'à n'envisager que la protection sociale la relégation serait peut-être la mesure la plus efficace et la mieux indiquée.

Le jury et la cour prirent, sans trop mauvaise grâce, leur parti de mon refus de simplifier la tâche de tous en affirmant la responsabilité atténuée. Je crois savoir que le prévenu a été condamné à être relégué.

On ne m'en voudra pas d'avoir rapporté ces quelques cas personnels. En m'excusant de m'être mis en scène je tiens à déclarer que je n'ai pas eu l'outrecuidante prétention de fournir au Congrès des exemples à suivre, mais simplement de livrer à son appréciation et à sa critique une doctrine et une règle de conduite que je crois légitimes.

Lorsqu'à la société des prisons, j'ai soutenu la manière de voir que je viens d'exposer, on m'a fait une objection qui démontre non que j'avais tort mais que je me suis mal fait comprendre. On m'a reproché de limiter la mission du médecin-expert de telle façon que l'intervention de celui-ci n'aurait plus aucune utilité pour le magistrat. On a dit que je prétendais restreindre cette mission à la constatation des symptômes morbides et des tares mentales sans consentir à aller plus loin. Si telle était mon opinion, il est certain que je voudrais réduire l'expert à un rôle sans « utilité pratique en justice ». Mais il n'en va pas ainsi. Le médecin légiste n'a pas seulement à porter un diagnostic, il doit montrer, c'est là l'essence même de sa mission, l'influence qu'ont eu sur les actes du prévenu et particulièrement sur l'acte incriminé, les tares constatées. Je vais plus loin et ne vois pas d'inconvénient à ce que l'expert indique les mesures qui, possibles ou irréalisables dans le présent, peu importe, s'adapteraient le mieux à la situation envisagée. Ce faisant il reste dans son rôle de médecin.

Ce que je lui demande c'est de ne pas s'immiscer dans la question de responsabilité qui, encore une fois, lui est étrangère et de ne pas accepter en s'y immisçant, la solidarité des décisions insuffisantes ou inhumaines que facilitent les conclusions qui visent ces questions.

Nous n'ignorons pas que notre manière de voir pourra paraître à quelques-uns très révolutionnaire. On passe toujours pour révolutionnaire quand on tente de bouleverser les habitudes acquises. Sommes-nous cependant aussi révolutionnaires qu'il pourrait paraître ?

Constatons d'abord que nous ne sommes pas seuls à soutenir notre thèse. Voici en effet comment s'exprime le médecin légiste anglais Taylor[1]: « La question de savoir si l'accusé est un agent responsable est d'une nature judiciaire ; notre témoignage doit être limité à la question de savoir si l'accusé est *insensé* dans un certain sens que la loi comprend et définit. »

M. Dallemagne[2], en Belgique, professe une opinion analogue : « l'expert dit-il, a pour tâche, strictement délimitée, l'analyse d'une volition dans ce qu'elle comporte de volonté anormale, quelles que soient les raisons et les causes de cette anormalité ; il a à fournir une sorte de bilan

1 A. S. Taylor. — Traité de Médecine légale, traduit par H. Coutagne. Paris 1881, page 908.

2 Dallemagne. — La volonté dans ses rapports avec la Responsabilité pénale. Paris, Masson, page 200.

de l'état des facultés, et particulièrement de la volonté; il a à passer des généralités à la pratique, en interprétant le fait délectueux à l'aide des éléments fournis par son enquête à la fois anatomique, biologique et sociologique. Le magistrat reprend le bilan fourni par l'expert, délibère sur les conclusions relatives au degré d'anormalité volitive de l'acte en question, et part de là pour fixer le taux de l'irresponsabilité. *Cette dernière opération n'incombe donc nullement à l'expert; c'est un acte auquel il n'a rien à voir...* »

Cette manière de voir compte en Suisse plus d'un adepte. C'est ainsi que dans un récent ouvrage M. Dubois (de Berne) écrit ce qui suit :

« Les tribunaux n'ont pas à résoudre la question du libre arbitre, celle de la responsabilité vraie. Pourtant de nos jours encore, c'est cette question qu'on nous pose, à nous médecins, dans les procès criminels. Et le médecin y répond en y admettant l'irresponsabilité, une responsabilité relative, une demi-responsabilité ! Nous assistons dans les procès célèbres à ces discussions byzantines.

« Si j'étais appelé comme expert devant le tribunal, je refuserais de répondre à cette question mal posée ou plutôt je répondrais : vous me demandez si l'individu est responsable ; vous me faites là une question de philosophie transcendante que je ne puis résoudre dans une expertise médico-légale; la discussion ne convaincrait personne. Si vous parlez de responsabilité sociale, je n'ai pas à la discuter ; vous l'avez fixé en constatant l'infraction aux lois, l'existence même du délit; quant à la responsabilité morale elle ne regarde que le délinquant.

« Vous avez besoin de mes lumières pour analyser la mentalité qui a déterminé le crime, pour surprendre les mobiles qui ont fait agir le coupable. C'est bien, j'essaierai de vous dire si le malade présente les symptômes d'une maladie qui a pu influer sur ses déterminations... Tous les renseignements que pourra vous fournir mon expérience médicale doivent servir, non pas à élucider la question oiseuse de la responsabilité, mais à fixer l'opportunité des moyens de répression [1]. »

C'est, on le voit, la même doctrine que la nôtre, exposée en meilleurs termes. Au reste ni M. Dubois, ni nous, n'avons innové, et il ne faut pas remonter très loin pour trouver défendue dans des livres classiques, cette doctrine qui n'est pas en réalité une doctrine *nouvelle,* mais une doctrine *oubliée.* C'était celle de Griesinger, c'était aussi celle de Marcé. Voici en effet comment s'exprimait ce dernier, en 1862, dans son Traité des maladies mentales : « La folie entraîne avec elle la privation du libre arbitre et par suite l'irresponsabilité, mais il n'entre nullement dans le rôle de l'expert de se livrer à des considérations métaphysiques sur la liberté morale et sur la volonté ; en se laissant aller sur cette pente glissante,

---

[1] Dubois (de Berne). — Les psychonévroses et leur traitement moral, p. 81.

il rencontrera inévitablement des opinions philosophiques contraires aux siennes, et entrera ainsi dans le domaine de la controverse, au lieu de rester sur le terrain beaucoup plus sûr de l'appréciation et de la démonstration du fait réel. Chez l'homme sain d'esprit, la délibération intellectuelle se fait d'après des motifs réels, appréciés d'une manière normale par un jugement et un esprit sains ; et c'est à la suite de cette délibération que la volonté se manifeste librement par des actes : l'aliéné de son côté, prend une détermination et manifeste sa volonté exactement d'après le même mécanisme, seulement ses motifs d'actions sont pathologiques, ils pèsent avec une force anormale dans ses appréciations, et enlèvent aux actes de la volonté ce caractère de liberté qui résulte d'une équilibration normale des facultés. Un monomaniaque se croit poursuivi par des assassins, un halluciné entend une voix qui le menace de mort, il s'exalte, se met en défense, ou se jette avec violence sur celui qu'il soupçonne de mauvaises intentions : son action est logique, mais c'est l'acte d'un insensé parcequ'elle a un point de départ purement imaginaire. Un autre commet un vol : il le commet en public, sans précaution, et l'oublie un instant après : en examinant ce malade on s'aperçoit que sa mémoire est affaiblie, qu'il n'a plus conscience du bien et du mal, qu'il offre de l'embarras de la parole et tous les symptômes de la paralysie générale : son action est devenue indifférente parcequ'elle est sans but et sans mobile normal, parceque le jugement affaibli n'a pu la diriger.

En résumé, *le médecin légiste aura rempli son mandat lorsque, chez un aliéné criminel, il aura démontré ou la nature pathologique des motifs d'action (c'est-à-dire que ces motifs répondent à une idée délirante, à une impulsion irrésistible, ou à une hallucination), ou bien l'affaiblissement du jugement et de la mémoire, qui rend le dément incapable d'apprécier la valeur morale de ses actes* ».

Il nous paraît désirable à tous égards, que le médecin comprenne ainsi son mandat et que les magistrats comprennent ainsi le mandat du médecin.

V

Résumé et Conclusions

Je me suis efforcé de montrer que le mot *responsabilité* ou n'a pas de sens, ou signifie soit responsabilité *morale*, soit responsabilité *sociale*.

Les questions de responsabilité morale ne regardent pas le médecin : elle sont subordonnées à l'opinion qu'on peut avoir sur le libre arbitre ou le déterminisme, et sont par conséquent d'ordre métaphysique, non d'ordre médical.

Au surplus, l'article 64 du Code pénal, en vertu duquel le médecin est invité à donner son avis, vise un point de fait, d'ordre exclusivement médical celui-là, non la question de responsabilité ; et c'est arbitrairement qu'on a pris l'habitude, contrairement à la lettre et à l'esprit de la loi, d'introduire cette question dans les ordonnances, les jugements à fin d'expertise ou les rapports médico-légaux.

Cette manière de faire dans beaucoup de cas, ne présente pas, il est vrai, de gros inconvénients ; par suite d'un consensus général en effet on est d'accord pour oublier ce qu'en fait signifient les mots *responsable* et *irresponsable* et à considérer ces mots comme simplement synonymes des mots *normal* ou *malade*.

Mais dans beaucoup d'autres elle entraîne des conséquences fâcheuses.

Le législateur en supposant arbitrairement qu'en dehors des aliénés dits « irresponsables », il n'existe que des criminels punissables, contre lesquels la société est suffisamment protégée par l'application d'une peine proportionnée à la gravité de la faute, a méconnu l'existence d'un nombre considérable de délinquants qu'on n'est en droit de tenir ni pour des aliénés complètement « irresponsables », ni pour des sains d'esprit « responsables ».

Ce sont ces délinquants que les médecins ont pris la fâcheuse habitude de considérer comme atteints de « responsabilité atténuée ».

Outre que cette expression n'a pas de signification médicale, elle a l'inconvénient d'entraîner comme sanction l'atténuation de la peine, la seule qu'elle paraisse logiquement comporter.

Or, un grand nombre de délinquants, dits à « responsabilité atténuée », sont plus dangereux, au point de vue social, que beaucoup de criminels dits à « responsabilité complète ».

La notion de leur nocuité qui résulte de l'examen médical, ne peut pas, parce que médicale, être négligée par le médecin expert. Celui-ci dès

lors ne sort pas de ses attributions en s'efforçant de faire ressortir devant les juges le degré de cette nocuité.

S'il n'a pas à s'immiscer directement dans la question d'application de la peine, il doit s'abstenir pourtant de se servir, dans son rapport ou sa déposition, d'expressions, non prévues d'ailleurs par le code, qui seraient de nature à déterminer une pénalité qui aurait un double défaut : celui d'imprimer une marque infamante à un délinquant qui relève de la médecine, et celui de protéger insuffisamment la société contre un délinquant redoutable. C'est le cas de l'expression « responsabilité atténuée ». Il faut renoncer à l'employer.

L'usage abusif et contraire à la lettre du code que l'on fait aujourd'hui des mots « responsable », « irresponsable » à « responsabilité atténuée », tient en partie au légitime désir qu'a le médecin expert de répondre à la question posée par les juges, dans la forme même où elle est posée.

Les objections que ces mots soulèvent sont valables pour le juge, dans ses ordonnances, aussi bien que pour le médecin.

Il est désirable que médecins et juges, s'en tenant aux termes de l'article 64 du Code pénal, renoncent à les employer.

DÉFINITION

ET

NATURE DE L'HYSTÉRIE

PAR LE

Dr L. SCHNYDER

(DE BERNE)

L'hystérie, sur laquelle on a tant écrit en médecine...

PINEL.

DÉFINITION

ET

NATURE DE L'HYSTÉRIE

PAR LE

Dr L. SCHNYDER

AVANT-PROPOS

Il est d'usage, pour un auteur qui aborde l'étude de l'hystérie, de faire ressortir l'extrême complication d'un tel sujet et de demander à ses lecteurs de porter sur son travail un jugement mitigé de circonstances atténuantes. En acceptant d'être co-rapporteur dans l'importante question de la «*définition et nature de l'hystérie*», je ne me suis nullement dissimulé les difficultés de ma tâche, et si je n'avais su devoir compter sûrement sur l'indulgence de mes confrères, je ne l'aurais certes pas entreprise.

La mise à l'ordre du jour d'un congrès d'une question comme celle qui va nous occuper, a tout d'abord l'avantage de fournir un coup d'œil d'ensemble sur les résultats acquis antérieurement; elle constitue, pour ainsi dire, dans la marche vers la solution scientifique de cette question, une étape qui permet de mesurer le terrain parcouru et de mieux s'orienter vers le but. Aussi m'efforcerai-je, tout d'abord, d'exposer dans ce rapport les résultats auxquels ont abouti jusqu'ici les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie, et si ensuite je me permets d'énoncer quelques idées personnelles que m'ont fournies neuf ans de pratique dans le domaine des maladies nerveuses, comme collaborateur de mon vénéré maître et ami le professeur Dubois, de Berne, je voudrais qu'on ne vît dans cette modeste contribution personnelle que l'expression de mon désir de provoquer des critiques autorisées et de poser peut-être quelques nouveaux jalons vers la solution cherchée.

I

Considérations générales. Examen des différentes doctrines.

Il est incontestable que depuis quelques années l'étude de l'hystérie est entrée dans une phase nouvelle. A la période purement descriptive a succédé la période explicative et analytique. On peut, en effet, considérer comme achevé l'édifice de la phénoménologie de l'hystérie, résultat d'une somme de travail immense, dont en France, *Charcot*, après *Briquet*, a été l'incomparable artisan. Pendant de longues années l'effort des neurologistes se concentra sur la recherche de tous les phénomènes susceptibles d'être rencontrés chez les sujets dits hystériques. On se trouva en présence d'une infinité de troubles affectant les fonctions sensorielles, sensitives, motrices, réflexes, vaso-motrices, trophiques, etc. Les contributions des auteurs aboutirent à constituer une telle diversité de symptômes que Charcot put, à bon droit, appeler l'hystérie « la grande simulatrice ». Dans ce chaos de manifestations, on chercha à établir des signes permanents qualifiés de *stigmates* et des signes transitoires. Charcot établit les phases classiques de la grande attaque hystérique. Le tableau clinique de l'hystérie demeura néanmoins si vaste et si compliqué, qu'aucune définition satisfaisante ne put l'embrasser tout entier. Les difficultés augmentèrent quand il s'agit d'expliquer la nature et le mécanisme des manifestations hystériques. C'est encore à Charcot que revient le grand mérite d'avoir indiqué à la recherche scientifique la marche à suivre, en faisant ressortir la prépondérance de l'élément psychique dans la production des phénomènes hystériques. Ses études classiques sur l'hypnotisme l'amenèrent à considérer l'hystérie comme constituée par une suggestibilité exagérée et à formuler ainsi pour les phénomènes hystériques une loi de causalité à laquelle, dit un auteur allemand récent, *Hellpach*[1], on peut faire le reproche de n'être que provisoire et de provoquer d'autres questions de causalité, comme, d'où provient la suggestibilité exagérée ? ou qu'est-ce que la suggestibilité ?

L'analyse raisonnée et systématique des phénomènes hystériques s'efforça alors de ramener ces derniers à des lois de valeur générale et définitive. C'est la voie qu'a brillamment inaugurée en France *Pierre Janet*. Les remarquables travaux de cet auteur sont comme la suite naturelle de l'œuvre de Charcot et offrent le plus frappant exemple de

[1] Willy Hellpach. Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1904.

l'évolution logique d'un problème vers sa solution scientifique. C'est encore par la voie de l'analyse psychologique qu'en Allemagne *Oscar Vogt, Breuer* et *Freud* et plus récemment *Willy Hellpach* ont abordé le problème, ces deux derniers auteurs s'attachant plus particulièrement à rechercher *la genèse* de l'hystérie.

C'est donc par la voie psychologique que, depuis Charcot, presque tous les auteurs cherchent à arriver à la connaissance de l'hystérie. Du reste, l'abandon des anciennes théories de l'origine périphérique de l'hystérie, l'attribution définitive par *Georget* d'une origine cérébrale à cet état nerveux, devaient nécessairement mettre la science sur cette voie. Les manifestations psychiques présentées par les hystériques avaient déjà frappé les auteurs anciens, et si, pendant longtemps, l'étude des troubles somatiques, la recherche des stigmates, ont absorbé l'attention des médecins, il faut constater qu'aujourd'hui ces mêmes troubles somatiques ont beaucoup perdu de leur importance primitive et que, de plus en plus, la connaissance de l'hystérie est subordonnée à l'étude de ses particularités psychiques. Peu à peu le terme de névrose, déviant de son sens primitif, prenait pour l'hystérie celui d'une affection touchant la sphère psychique, d'une *psychose*, et c'est ainsi que le terme de *psychonévrose* est venu consacrer la participation capitale de l'élément psychique dans la genèse des phénomènes hystériques.

Quelque opinion que l'on professe sur les relations du physique et du moral, il faut se rendre à l'évidence que l'étude de troubles psychiques intéressant la personnalité entière de l'individu, comme c'est le cas pour l'hystérie, ne peut être abordée avec fruit que par la voie psychologique, du moins dans l'état actuel de la science. Si l'on adopte la théorie du parallélisme psycho-physique considérée par beaucoup de psychiâtres et de neurologistes comme indispensable, parce que, comme dit *Gaupp*[1], « elle permet au savant de mettre en accord ses convictions scientifiques avec sa propre expérience interne », on se rendra compte que, pratiquement, la connaissance des manifestations de conscience est plus facile que la connaissance de la mécanique cérébrale. Malgré les progrès de l'anatomie et de la physiologie, le temps paraît bien éloigné encore, où les états psychiques normaux et, à plus forte raison, les états psychiques anormaux pourront être expliqués anatomiquement et physiologiquement. Pour ce qui concerne spécialement l'hystérie, Gaupp doute fort que cela soit jamais possible, parce que, même les moyens d'investigation les plus perfectionnés dont pourra disposer la science dans l'avenir, n'arriveront guère à nous renseigner sur le substratum anatomique des éléments psychiques et de leurs associations, à nous révéler les lois

[1] R. Gaupp. Ueber die Grenzen der psychiatrischen Erkenntniss. Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1903.

suivant lesquelles les processus mentaux s'effectuent chez l'individu sain et chez le malade, processus mentaux dont la synthèse constitue la personnalité psychique. Gaupp invoque à ce propos l'autorité de *Wundt* qui dit que « les grands progrès accomplis dans l'étude morphologique du système nerveux et de ses fonctions physiologiques ne sont pas seulement demeurés stériles pour la connaissance des relations entre le système nerveux et les processus de la vie psychique, mais ont eu dans beaucoup de cas une influence plutôt nuisible qu'utile ». Toute interprétation purement physiologique de l'hystérie serait donc aujourd'hui prématurée ou tout au moins trop entachée de théorie pure pour pouvoir prétendre à une valeur scientifique réelle.

L'étude psychologique de l'hystérie utilise à la fois les données de la psychologie expérimentale et les données de l'expérience interne immédiate. On a fait resortir les résultats plutôt modestes obtenus jusqu'à présent par la première, alors que nouvelle venue dans la science, elle promettait avec *Fechner* de formuler dans la domaine des faits psychiques des lois de causalité définitives.

Nous n'avons pas le droit d'être trop pessimistes à l'endroit de la psychologie expérimentale et nous pouvons déjà tirer parti des données précieuses qu'elle nous a fournies jusqu'ici, tout en espérant mieux encore dans l'avenir. L'utilisation de l'expérience interne pour l'étude des états psychiques étrangers a été vivement attaquée dans ces derniers temps par *Nissl*[1] d'Heidelberg. Nissl est loin de rejeter l'analyse psychologique en tant qu'elle fait partie de l'observation scientifique d'un malade et qu'elle porte sur les phénomènes psychiques présentés par ce dernier, mais il entend s'élever contre la prétention de vouloir fixer les relations de cause à effet qui existent entre ces phénomènes psychiques. L'auteur allemand reproche à des tentatives de ce genre le manque d'objectivité : « Nous nous efforçons » dit-il, « de nous mettre nous-même à la place du malade, de concevoir sa mentalité ; cette soi-disant interprétation psychologique consiste uniquement à nous faire une représentation de ce que serait notre état à nous, si, au lieu du malade, c'est nous qui avions les mêmes idées délirantes, les mêmes hallucinations. Nous admettons trop facilement que le mécanisme psychique de l'hystérie, de la manie, de la mélancolie, de la catatonie est le même que notre mécanisme propre ». Malgré ces objections je ne vois pas comment le médecin qui s'est donné pour tâche de comprendre l'état psychique de son malade pourra se passer de sa propre expérience interne. « Si », comme le dit très bien Gaupp[2], « elle n'est pas toujours

---

[1] F. Nissl. — Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralblatt für Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1902.

[2] Gaupp. — Loc. cit.

un guide sûr dans la recherche des liens de causalité entre les phénomènes psychiques, parce qu'elle porte un caractère trop individuel, qu'elle doit se contenter de comparaisons, et qu'elle conduit ainsi facilement à établir des analogies hâtives, il n'en est pas moins vrai qu'elle reste la base de toute expérience psychologique, sans laquelle la vraie connaissance de ce que sont les émotions, les représentations mentales, les sentiments d'angoisse ou de joie, les instincts, les désirs, seraient pour nous à jamais incompréhensibles. »

Il serait en tout cas dangereux, pour arriver à la connaissance de l'hystérie, de s'en tenir à une seule méthode de recherche. Nous avons déjà reconnu l'insuffisance des données actuelles de l'anatomie et de la physiologie cérébrales. L'analyse psychologique, basée uniquement sur la psychologie expérimentale, risquerait fort de s'attarder à l'étude circonscrite de phénomènes psychiques assurément très importants en soi, comme les phénomènes de l'attention, de l'émotion, de la suggestion, mais ne pourrait nous offrir une vue d'ensemble sur un problème aussi vaste que celui de l'hystérie. Une interprétation reposant sur la seule expérience interne et la comparaison avec ce qui se passe chez le malade aurait un caractère trop subjectif et n'échapperait pas au reproche de spéculation métaphysique qu'on pourrait lui adresser. Il me paraît raisonnable de prétendre que, seul le concours de tous les moyens d'investigation dont dispose aujourd'hui la science, arrivera à élucider complètement le problème de l'hystérie. Aux méthodes de recherche déjà signalées, il faut ajouter la psychologie comparée, dont le droit à l'existence est encore contesté, puis ce que j'appellerai la psychologie sociale abordée par Wundt dans ses magistrales études sur la psychologie des peuples, et ce que Gaupp appelle la psychologie des différences individuelles ; il serait nécessaire aussi d'étudier l'évolution de l'hystérie à travers les âges de l'humanité, car aucun état psychique ne peut prétendre plus que l'hystérie au titre de manifestation pathologique de l'esprit humain. Enfin, pour coordonner tous ces résultats, pour édifier définitivement la synthèse de l'hystérie, à quel travail de pensée logique et vraiment scientifique ne faudra-t-il pas faire appel ?

Il est superflu de faire ressortir à quel degré toutes ces méthodes de recherche sont encore imparfaites. Dans notre désir d'aboutir à des solutions rapides, nous croyons cependant pouvoir les utiliser pour expliquer la nature et formuler la définition de l'hystérie. Dès lors, il n'est pas étonnant de constater le résultat peu satisfaisant auquel ont abouti ces tentatives. Du reste, il est rare que les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie résument dans une formule précise les idées professées par eux à l'égard de cette névrose. Il faut parcourir toute l'œuvre de Charcot pour en extraire le principe de la suggestibilité exagérée, et je crois qu'on interprêterait faussement la pensée du maître en faisant

dire à ce dernier que la suggestibilité exagérée est de nature à expliquer *tous* les phénomènes hystériques.

Parmi les élèves de Charcot, *Gilles de la Tourette*, se borne également à mettre la suggestibilité à la base des phénomènes hystériques sans chercher à définir plus exactement l'hystérie qu'il déclare cependant *une et indivisible*, se rapportant d'ailleurs en cela à l'opinion de Charcot lui-même. Il faut dire qu'avec Gilles de la Tourette nous en sommes encore à la période héroïque de l'hystérie, pendant laquelle l'étude de ce qu'on est convenu d'appeler la *grande hystérie* avec attaques, poursuivie parallèlement à l'étude de l'hypnotisme, fixait sur la Salpêtrière l'attention de tout le monde médical.

Il fut relativement facile de construire le tableau clinique de la grande hystérie et d'établir les signes qui différencient cette dernière de l'épilepsie. Le terme *d'hystéro-épilepsie* n'a plus pour Charcot la signification d'une association intime de ces deux états nerveux. L'opinion de Charcot a conservé toute sa valeur pour les cas typiques de grande hystérie, pour lesquels le diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie est relativement facile à établir, mais le dogme de l'hystérie une et indivisible a été ébranlé lorsqu'il s'est agi de déterminer la nature de certaines formes mixtes auxquelles des auteurs comme *Jolly*, *Gowers, Oppenheim, Binswanger,* réservent encore la dénomination d'hystéro-épilepsie. Les difficultés furent plus grandes encore quand on chercha à fixer les rapports existant entre l'hystérie et la neurasthénie. En étudiant les états nerveux consécutifs à des traumatismes, Charcot a été amené à admettre l'association de phénomènes hystériques et de phénomènes neurasthéniques, association consacrée par le terme *d'hystéro-neurasthénie*, faisant ressortir que « dans ces conditions-là, tantôt la neurasthénie règne seule, exclusivement, tantôt, au contraire, l'hystérie est seule présente, tantôt enfin, l'une et l'autre se montrent coexistantes, combinées en proportions diverses [1]. »

En admettant la possibilité d'une combinaison entre l'hystérie et la neurasthénie, Charcot a, en réalité, porté le premier coup à la conception de l'hystérie comme entité morbide. Peu nombreux sont les auteurs qui ne reconnaissent pas l'extrême difficulté qu'on rencontre pratiquement à faire rentrer tel état nerveux dans un cadre nosologique précis. Le terme d'hystéro-neurasthénie est la meilleure preuve de l'insuffisance d'une délimitation exacte de l'hystérie. *Moebius* a défendu en Allemagne le principe de ce qu'on pourrait appeler le *bloc hystérique*, tout en admettant que l'hystérique, aussi bien qu'un autre individu, peut devenir neurasthénique. Récemment, un autre auteur allemand, *Hellpach* [2], a sou-

---

[1] Charcot. Leçons du mardi. 30 octobre 1888.

[2] Willy Hellapch. Loc. cit.

tenu la thèse de Moebius et s'est élevé contre l'emploi du terme hystéro-neurasthénie qu'il juge irrationnel. «Nous voyons», dit-il, «que la modification générale qui conduit à l'hystérisation de la mentalité peut aussi produire des phénomènes appartenant au type des symptômes neurasthéniques, mais la présence de ces symptômes ne suffit pas pour légitimer la construction d'une hystéro-neurasthénie ». La thèse d'Hellpach me semble un peu entachée de subtilité théorique ; elle admet tout au moins que les symptômes neurasthéniques peuvent être, chez un même sujet, associés aux symptômes hystériques, opinion que la pratique des maladies nerveuses confirme d'une manière à peu près unanime. *Binswanger*[1], dans son importante monographie de l'hystérie, reconnaît que, pour ce qui concerne ses malades du sexe féminin, environ la moitié de ses observations cliniques mentionnent la coexistence de symptômes hystériques et de symptômes neurasthéniques. Cet auteur comprend sous le terme d'hystéro-neurasthénie non seulement les formes où, chez un même individu, les manifestations hystériques alternent périodiquement avec les manifestations neurasthéniques, mais les formes mixtes où, à aucun moment, il n'est possible d'établir nettement la part de l'élément neurasthénique et celle de l'élément hystérique dans les manifestations morbides.

En France, *Pitres* me semble le principal représentant de l'école qui veut faire de l'hystérie une névrose à caractères bien définis, une entité morbide au même titre que l'épilepsie. *Bernheim*[2] conteste cette qualité à l'hystérie en ces termes : « L'hystérie n'est pas une entité morbide. Le mot ne doit pas être détourné de son sens primitif pour être appliqué aux innombrables psychonévroses d'origine émotive, suggestive ou traumatique ; il doit être réservé aux seules crises, que certains sujets subissent par certaines causes émotives et qu'ils sont aptes à reproduire par suggestion ou autosuggestion. »

P. Janet[3] lui-même semble abandonner l'espoir d'établir jamais des limites précises entre les différents états psychiques morbides et rappelle que « les classifications, en médecine surtout, ne doivent pas être prises trop au pied de la lettre et qu'elles établissent des divisions beaucoup trop brutales au milieu de phénomènes qui se suivent et varient d'une manière continue. » L'hystérie ne se détache nullement comme un état morbide nettement délimité des remarquables études de Janet, en particulier des études cliniques publiées en collaboration avec le prof. *Raymond*. Sous le nom général de névroses sont compris des états psychiques compliqués, à forme hystérique ou résultant de la

---

[1] Binswanger. Die Hysterie. Wien 1904.

[2] Bernheim. Conception du mot hystérie. Paris 1904.

[3] Raymond et Pierre Janet. Les obsessions et la psychasthénie. II. Alcan 1903.

combinaison de symptômes hystériques et de symptômes neurasthéniques. Il ne semble même pas que les états morbides rentrant dans la catégorie des psychasthénies puissent être opposés nettement aux états hystériques, comme le voudrait *Pitres*.

Le prof. *Dubois*, dans son livre sur les psychonévroses, considère l'hystérie comme une des formes sous lesquelles peut se présenter le nervosisme et dit : « Il est inutile de s'efforcer de donner à l'hystérie le caractère d'une entité morbide, de la séparer artificiellement de la neurasthénie avec laquelle elle est presque toujours combinée.[1] »

Breuer et Freud ne cherchent nullement à faire rentrer l'hystérie dans un cadre nosologique spécial, mais ils se bornent à rechercher dans quelles conditions les modifications de la mentalité prennent une forme hystérique. Certains élèves de Freud resserrent encore davantage les liens qui unissent l'hystérie, la neurasthénie, la névrose d'angoisse, en donnant à tous ces états morbides une origine commune, le traumatisme sexuel[2].

En considérant mon expérience personnelle, je dois avouer, que dans la pratique des affections nerveuses, j'ai rencontré rarement des états offrant nettement les caractères conférés à l'hystérie classique. Dans l'immense majorité des cas il s'agissait d'états psychiques compliqués, pouvant présenter à un degré plus ou moins prononcé des manifestations hystériques, états pour lesquels le terme de psychonévrose peut prendre une signification plus précise par l'adjonction des mots, à forme hystérique, neurasthénique, mélancolique, hypochondriaque, etc. Je dois ajouter que mon expérience se rapporte à une clientèle observée à la consultation, à la ville, à la clinique privée et non à une clientèle d'hôpital. Cette distinction a son importance quand il s'agit de l'hystérie, dont les manifestations sont différentes suivant les conditions sociales du malade et les conditions d'observation offertes au médecin.

L'hystérie des classes populaires, parmi lesquelles se recrute le matériel d'observation de l'hôpital général, se distingue de l'hystérie des classes bourgeoises de la clientèle privée; je dirai même qu'il y a de très grandes différences entre le matériel d'observation exceptionnellement riche et presque permanent d'un hôpital comme la Salpêtrière et le matériel dont disposent, par exemple, la plupart des médecins allemands, ce qui me paraît expliquer pour une grande part le scepticisme avec lequel certaines observations faites en France sont accueillies par quelques auteurs allemands. Je mentionnerai seulement les phénomènes de double personnalité, d'écriture automatique, mis par eux sur le compte d'un

---

[1] Dubois. Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris, 1904.

[2] Sadger. Die Bedeutung der psychoanalytischen Methode nach Freud Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. 15 janv. 1907.

véritable entraînement professionnel auquel le malade est soumis par l'observation médicale.

Il ne me paraît pas exagéré de dire que la conception de l'hystérie comme entité morbide voit de jour en jour diminuer le nombre de ses partisans. On en pourrait voir la preuve dans le fait que la plupart des auteurs renoncent à la définir comme telle. *Lasègue*, déjà, reconnaissait que la définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et prétendait qu'elle ne le serait jamais. Par ces paroles, il proclamait déjà la faillite de l'hystérie comme entité morbide.

Aussi bien voit-on que les définitions de l'hystérie consistent, pour la plupart, en une description aussi succincte que possible de ses manifestations principales. Celles qui prétendent à une valeur explicative ne se rapportent, en réalité, qu'à certains phénomènes rencontrés chez les hystériques; elles sont nécessairement fragmentaires. La définition de *Moebius*[1], par exemple, n'a pas une valeur générale, car elle ne vise que les troubles somatiques de l'hystérie : « On peut appeler hystériques toutes les modifications corporelles morbides qui sont provoquées par des représentations mentales. » Moebius a corrigé ultérieurement cette définition en réduisant le rôle de la suggestion dans la production des phénomènes hystériques, comme suit : « Tous les phénomènes hystériques revêtent la forme de suggestions; cependant une partie de ces phénomènes, à considérer leur caractère, ne sont pas des suggestions, mais constituent des réactions émotionnelles anormales. » Moebius lui-même avait prévu les objections qu'on pourrait adresser à sa définition en reconnaissant que, tout d'abord, elle ne peut expliquer *tous* les phénomènes de l'hystérie : « A celui qui adopte cette définition, les troubles mentaux de l'hystérie peuvent paraître une complication. On peut expliquer la chose comme suit : la modification psychique qui constitue le fond de l'hystérie, à la faveur de laquelle les représentations mentales peuvent provoquer les troubles somatiques les plus divers, cette modification psychique, dis-je, est parente de celle qui se manifeste par le *caractère hystérique* ou *l'aliénation hystérique*. » Quant à l'objection que sa définition fait rentrer dans l'hystérie des phénomènes qui ne lui appartiennent pas, comme les troubles somatiques rencontrés dans certaines psychoses telles que la démence précoce, Moebius la repousse en faisant remarquer que, dans ce dernier cas, la représentation mentale n'agit pas comme *cause*, mais comme *motif*. Les malades conservent certaines positions parce qu'ils croient devoir le faire, parce que, par exemple, une voix le leur commande. Dans l'hystérie, au contraire, il n'est pas question de motivation ; le processus par lequel une représentation mentale produit une paralysie ou un autre trouble, se passe en dehors de la conscience, c'est-à-dire le malade ne sait pas comment il en

[1] P.-J. Moebius. Neurologische Beiträge. Leipzig, 1894.

arrive à avoir une paralysie. Le neurologiste allemand admet que les manifestations hystériques puisent leur origine dans un état psychique anormal dont il ne donne pas la définition et qu'il croit n'être que l'exagération d'une disposition qui est au fond de chaque individu, résumant sa pensée dans la phrase connue : « Tout le monde est plus ou moins hystérique ! » La distinction de Moebius entre la cause et le motif repose, en réalité, tout entière sur le principe du *subconscient* que nous rencontrons pour la première fois dans les essais d'interprétation des phénomènes hystériques.

Je ne puis m'associer aux protestations de certains auteurs contre l'admission de ce principe en psychologie, si, comme le fait entre autres un psychologue anglais, *J. Jastrow*[1], l'on entend par subconcient le « *fonctionnement subconscient* » de ce qui, en d'autres occasions ou en s'examinant bien, apparaît à la lumière de la conscience.

La définition que *Babinski*[2] a récemment donnée de l'hystérie ne tient compte que de l'élément suggestion : « L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles accessoires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Il est reconnu depuis Charcot que la suggestion et l'autosuggestion peuvent provoquer de nombreux troubles somatiques considérés comme spéciaux à l'hystérie, en particulier les stigmates. Si l'étude de ces troubles est importante parce qu'elle ouvre sur la mentalité hystérique des horizons intéressants, elle n'aborde cependant qu'un des côtés de la question si complexe de l'hystérie. Assimiler l'hystérie à la suggestion, c'est définir la première par un seul de ses attributs, c'est, dans le désir de ramener l'hystérie à une formule unique, opérer une généralisation imprudente du mécanisme de ses phénomènes. C'est retomber aussi dans l'erreur qui faisait autrefois considérer les phénomènes hypnotiques comme relevant de l'hystérie. Si beaucoup de troubles hystériques peuvent être provoqués par la suggestion, tous cependant ne peuvent reconnaître cette origine, ainsi que Moebius déjà le faisait remarquer. Je ne crois pas que, seuls, les troubles susceptibles d'être reproduits par suggestion puissent être taxés d'hystériques. Je ne voudrais pas, en effet, affirmer avec la même conviction que Babinski, qu'il n'y ait d'autre

---

[1] J. Jastrow. The subconscious. London 1906, cité d'après les Archives de psychologie. Genève 1907. Tome VI.

[2] J. Babinski. Définition de l'hystérie. Comptes-rendus de la Soc. de Neurol. de Paris. 7 nov. 1900.

hémianesthésie chez les hystériques que celle qui est suggérée au malade par le médecin, pas de contractures autres que celles dépendant d'une autosuggestion. Il y a certainement chez les hystériques des troubles dont l'origine psychique, la psychogénie, n'est pas encore démontrée, troubles qui ne rentrent pas tous dans la catégorie des troubles secondaires invoqués par Babinski. Retrancher ces troubles du tableau de l'hystérie simplement parce qu'ils ne peuvent être reproduits par suggestion, me paraît subordonner d'une manière arbitraire l'observation scientifique aux exigences d'une formule. Je ne puis davantage admettre comme absolument caractéristique pour les troubles hystériques le fait qu'ils sont susceptibles de disparaître par la persuasion. Tout d'abord, ce que Babinski appelle persuasion me paraît n'être qu'une suggestion déguisée, et personne ne contestera la possibilité que des troubles nés sous une influence suggestive ne puissent également disparaître sous une influence du même ordre. Du reste, la persuasion thérapeutique, dans le sens véritable de ce mot, ne s'applique pas à supprimer tel ou tel symptôme chez le malade ; avec des visées plus hautes, elle s'adresse à la mentalité entière de celui-ci, cherche à réveiller, à redresser ses facultés de jugement et de critique raisonnable, et par là, elle réussit aussi bien à délivrer le neurasthénique de ses phobies que l'hystérique de ses autosuggestions. La définition de Babinski, quelque ingénieuse et élégante qu'elle soit, me paraît insuffisante, parce qu'elle ne s'applique qu'à certains symptômes et laisse de côté la mentalité hystérique avec ses nombreux accidents pouvant constituer, quoi qu'en dise cet auteur, de véritables psychoses, au cours desquelles les troubles somatiques peuvent apparaître à titre épisodique.

Crocq[1] a, tout récemment, émis sur l'hystérie des considérations qui se rapprochent beaucoup de la conception de Babinski. D'après le neurologiste de Bruxelles, l'hystérie est un syndrôme mental ; c'est un *état morbide* et non une maladie. Les manifestations hystériques sont des épisodes morbides passagers qui disparaissent sans que le fond hytérique du malade soit changé. Le fond hystérique est un état permanent de l'organisme.

Crocq considère l'état mental des hystériques dominé par les particularités suivantes : *émotivité*, *impressionnabilité*, *suggestibilité*, *impulsivité*, *automatisme* et *diminution du contrôle cérébral*.

La suggestibilité morbide à laquelle on peut rattacher l'impulsivité et l'automatisme, dépend de deux facteurs : l'impressionnabilité exagérée et la diminution du contrôle cérébral.

Crocq se range à la définition de Babinski, admettant comme ce dernier que l'hystérie est caractérisée par une suggestibilité exagérée et

---

[1] Crocq. Définition et nature de l'hystérie. *Journal de Neurologie*, 20 avril 1907.

que la persuasion ne peut faire disparaître que des manifestations à caractère hystérique. Il est vrai que Crocq appelle sans détour cette persuasion *une suggestion thérapeutique*, caractère que je lui ai déjà attribué plus haut.

Crocq se sépare pourtant de Babinski en n'attribuant pas *toutes* les manifestations hystériques à la suggestibilité, ramenant, par exemple, l'accès convulsif à l'hyperimpressionnabilité primitive. Il définit, en somme, l'hystérie : « un état psychopathologique caractérisé par l'hyperimpressionnabilité, la diminution du contrôle cérébral et l'hypersuggestibilité ».

Dans sa monographie de l'hystérie, *Binswanger* [1], tenant compte de la difficulté qu'il y a à ramener toutes les manifestations de l'hystérie à une origine psychique, exprime les rapports existant entre la série physiologique et la série psychologique dans une définition, non de l'hystérie comme entité morbide, mais de ce qu'il appelle « *la modification hystérique* » : « La modification hystérique consiste en ce que le jeu des actions réciproques entre les faits de la série psychique et les faits de la série matérielle est troublé, et cela de deux manières : d'une part, à certaines séries d'excitations corticales matérielles ne correspondent pas de processus psychiques parallèles, ou ceux-ci sont provoqués d'une manière incomplète ; d'autre part, à une excitation corticale matérielle correspond une activité psychique exagérée qui se répercute de la façon la plus variée sur tous les processus d'innervation ayant leur siège dans l'écorce ou se trouvant sous la dépendance de celle-ci ».

C'est poser en langage psycho-physique les données du problème de l'hystérie et faire ressortir, en particulier, le manque de corrélation qu'on constate chez les hystériques entre les faits de conscience et les manifestations somatiques. Binswanger s'en tient à des considérations d'une portée générale inattaquable, à l'encontre d'*Oppenheim* qui émit autrefois l'hypothèse de *l'instabilité des molécules* pour expliquer dans l'hystérie le caractère anormal des réactions motrices, vaso-motrices, sensorielles et sensitives.

Sollier, en attribuant les manifestations hystériques à l'inhibition des fonctions de l'écorce cérébrale, a tenté un essai d'explication physiologique qui, dans l'état actuel de nos connaissances de physiologie cérébrale ne peut avoir qu'une valeur hypothétique et heuristique.

On pourrait également reprocher un caractère heuristique à l'ingénieuse conception psychologique de l'hystérie formulée par le prof. *Grasset*. D'après l'illustre clinicien de Montpellier, l'hystérie serait une maladie psychique dépendant d'altérations du polygone et de ses communications avec le centre O.

---

[1] Binswanger. Loc. cit.

Kraepelin[1] reconnaît qu'une définition de l'hystérie est à peu près impossible aujourd'hui et considère comme la caractéristique des phénomènes hystériques « la facilité et la rapidité extrêmes avec lesquelles les états psychiques se traduisent par des troubles somatiques variés ».

Strumpell[2] voit également dans les troubles hystériques l'expression d'une incongruence entre les faits de conscience et les phénomènes somatiques.

C'est dans l'œuvre de *Pierre Janet* que nous nous trouvons pour la première fois en présence d'une définition de l'hystérie ayant les caractères d'une explication. Janet tire de ses patientes études analytiques de l'hystérie les conclusions suivantes: « L'hystérie est une psychose appartenant au groupe des maladies mentales par insuffisance cérébrale. Elle est surtout caractérisée par des symptômes psychiques... Le symptôme principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, une faiblesse de la volonté (aboulie), un rétrécissement du champ de conscience... L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ».

La définition de Janet a le grand mérite de ramener les troubles de l'hystérie à une modification de la personnalité. La désagrégation mentale rend compréhensibles les principaux symptômes hystériques : les anesthésies, l'aboulie, l'amnésie, les troubles du mouvement, les idées fixes. Certains auteurs allemands ont reproché à Janet de faire dépendre la dissociation de la conscience d'un affaiblissement de la synthèse psychologique, d'une insuffisance mentale qu'on rencontre plutôt à la base des états neurasthéniques. Moebius, entre autres, dit : « Janet a décrit l'aboulie hystérique comme s'il s'agissait de l'aboulie neurasthénique! ». Pour nous qui ne pouvons établir entre la neurasthénie et l'hystérie des limites absolument tranchées, le reproche ne paraît pas d'une grande portée. Que l'aboulie soit provoquée par un sentiment, une conviction d'impuissance comme chez le neurasthénique ou qu'elle soit le résultat d'une désagrégation de la conscience comme chez l'hystérique, dans l'un comme dans l'autre cas, le trouble peut être, en dernier ressort, ramené à une insuffisance mentale. Le terme de débilité psychique paraît à beaucoup d'auteurs ne pas pouvoir s'appliquer à la mentalité hystérique, parce que, disent Breuer et Freud, l'hystérie se rencontre chez beaucoup d'individus très bien doués au point de vue de la critique, de la volonté, du caractère. Ces auteurs paraissent admettre que la débilité psychique peut bien être à la base des états hystériques chez les malades observés par Janet à l'hôpital, mais qu'elle ne saurait être invoquée chez

---

[1] Kræpelin. Psychiatrie, VI, Aufl. 1899.

[2] Strumpell. Lehrbuch der spec. Pathol. u. Therapie. 14. Auf. 1902.

certains hystériques des classes supérieures. Il me semble que les auteurs viennois commettent l'erreur de prendre la culture intellectuelle pour l'intelligence véritable, celle qui se caractérise avant tout par l'intervention d'un jugement sain, d'une critique raisonnable dans les déterminations d'un individu. Or ces qualités raisonnables peuvent faire totalement défaut chez des individus qu'un jugement superficiel pourrait faire considérer comme très intelligents, tandis qu'on les voit se traduire par ce qu'on appelle le gros bon sens chez des individus pourvus d'une culture générale moins brillante.

Si le terme de débilité psychique est de nature à effrayer certains médecins, qu'on se borne à invoquer sa manifestation principale, le manque de jugement. Je partage absolument l'opinion du prof. *Dubois* quand il fait dépendre de ce défaut capital la grande majorité des manifestations du nervosisme, en particulier les troubles de l'émotivité.

« Où faut-il chercher l'origine » se demande Dubois [1], « du trouble des processus mentaux qui donne naissance aux émotions, aux réactions émotives ? Cette origine est-elle somatique ou psychique ? En d'autres termes : l'homme pense-t-il mal parce qu'il est fou ou est-il fou parce qu'il pense mal ? » Dubois admet la seconde alternative et justifie son opinion en ces termes : « Chez l'homme, les sentiments et les actes sont sous la dépendance de représentations mentales. Lorsqu'un individu, en raison de sa mentalité innée ou de sa mentalité acquise, est capable de soumettre ses représentations mentales à la critique, d'établir leur concordance avec la réalité, cet individu sentira et agira d'une façon rationnelle. Si un sentiment, quelque juste qu'il soit, par l'évocation de certaines associations d'idées, provoque chez un individu un état émotif quelconque, de ce fait, la clarté mentale se trouve diminuée ; l'homme se laisse dominer par ses sentiments sans critique suffisante et agit d'une manière irréfléchie. Si un reste de raison lui fait voir les dangers d'une pareille altération psychique, il puise dans cette simple considération les moyens nécessaires pour se libérer de cet état émotif fâcheux. Naturellement, le même état émotif peut être déchainé par une représentation mentale primitivement fausse, et l'individu a d'autant plus de peine à se dégager des entraves de son autosuggestion. Plus un homme est vraiment intelligent, plus il sait se soustraire au danger des conclusions hâtives, éviter ou atténuer les états émotifs qui en résultent et demeurer raisonnable dans ses pensées et dans ses actes ».

« Mais, lorsqu'en suite de son hérédité ou d'une éducation défectueuse, l'homme présente de la débilité mentale ; quand, en particulier, il ne possède pas cette intelligence morale qui est la plus importante dans la vie, il deviendra, à un degré plus ou moins prononcé, la victime

---

[1] DUBOIS. Die Einbildung als Krankheitsursache. Wiesbaden, 1907.

de ses représentations mentales irrationnelles, inadéquates à la réalité. Alors il se fait *des idées* et est gagné par l'état émotif qui en résulte. L'état émotif fait naître des idées plus absurdes encore. »

Pour définir les actions réciproques existant entre l'idée et l'émotion, le prof. Dubois se sert d'une image ingénieuse, celle *d'une spirale* qui exprime bien le caractère progressif des états psychiques morbides, où l'émotion, mise en jeu par une idée irrationnelle, produit des réactions anormales, des troubles fonctionnels qui donnent naissance à des nouvelles idées irrationnelles, suivies d'un redoublement de l'état émotif. L'individu est ainsi entraîné toujours plus avant dans la fâcheuse spirale à moins qu'une intervention rationnelle ne l'aide à en sortir.

L'image de la spirale convient surtout aux états de forme neurasthénique où le défaut de jugement conduit à une émotivité exagérée, laquelle obscurcit davantage le jugement, d'où formation de phobies, d'idées hypochondriaques, de convictions d'impuissance que le malade incorpore à sa mentalité habituelle demeurée homogène. On peut dire que le neurasthénique reste en contact avec la réalité qu'il se borne à exagérer.

Chez l'hystérique, l'émotivité, née d'un même défaut de jugement, conduit à des dissociations de la personnalité qui favorisent à un haut degré la formation d'autosuggestions. Le malade perd plus ou moins le contact avec la réalité et est transporté dans un monde irréel, fantaisiste. L'hystérique, plus encore, peut-être, que le neurasthénique, est privé de jugement. Il l'est à tel point que souvent il ne se rend pas compte des représentations mentales qui ont présidé à l'exécution de tel ou tel acte, à la manifestation de tel ou tel trouble. C'est ce qui a fait dire que les phénomènes hystériques puisent leur origine dans l'inconscient. L'hystérique a perdu, comme le dit très bien Janet, la perception personnelle de ses actes. Moebius, à propos du syndrôme astasie-abasie, a fait ressortir les différences qui existent entre le mécanisme de ce trouble moteur hystérique et celui de l'agoraphobie, trouble neurasthénique. Chez l'hystérique, la représentation mentale de l'incapacité est la cause même de cette incapacité. Ce qui caractérise la paralysie hystérique, c'est que la conscience n'est nullement renseignée sur la nature des processus psychiques qui l'ont amenée; le malade se comporte vis-à-vis d'elle comme s'il s'agissait d'une affection organique.

Chez le neurasthénique, au contraire, la représentation mentale d'un acte quelconque est accompagnée de sentiments si désagréables que l'exécution de l'acte en est empêchée. Tandis que l'hystérique constate avec l'étonnement d'un spectateur étranger qu'il ne peut pas marcher, le neurasthénique hypochondriaque reconnaît parfaitement le rôle des sensations dans ses troubles moteurs. Tandis que l'hystérique ne sait pas pourquoi il ne peut pas marcher, le neurasthénique ne sait pas pourquoi il éprouve de l'angoisse en marchant.

L'émotion (angoisse) et l'autosuggestion (représentation mentale de l'incapacité) convergent donc ici vers le même résultat : le trouble moteur, ce qui prouve combien sont étroits les liens qui unissent les phénomènes de suggestion et les phénomènes émotifs. Dans une intéressante étude sur la question, le *prof. Bleuler*[1], de Zurich, va jusqu'à faire de la suggestion un processus émotif: « la suggestibilité, dit-il, est une manifestation de l'émotivité» (Affektivität).

Je dirais plus volontiers que l'émotivité prépare les voies à la suggestion, rend possible la réalisation de représentations mentales en dehors des facultés de contrôle de l'esprit, par l'affaiblissement ou la suppression de ces dernières. Je ne voudrais pas prétendre qu'il n'existât pas de suggestions en dehors d'un état émotif ; cela semble être le cas pour des troubles hystériques que nous voyons provoqués par des autosuggestions en apparence purement intellectuelles. Cependant, ici encore, le rôle de l'émotivité est indéniable, et il est facile de reconnaître que si telle ou telle idée a pu prendre chez un individu le caractère d'une suggestion, c'est qu'un état émotif antérieur avait préalablement affaibli ses facultés de contrôle raisonnable.

Le neurasthénique est avant tout un émotif craintif, pusillanime. Si les idées irrationnelles ne sont pas suivies des effets qui distinguent les suggestions proprement dites, c'est que le sentiment de crainte concomittant s'y oppose. C'est bien un caractère spécial aux phobies, ainsi que le signale le prof. Dubois, qu'elles ne conduisent pas le malade à la réalisation de l'idée. Un exemple fera mieux comprendre le pouvoir inhibiteur de la crainte : Un neurasthénique éminemment craintif et pusillanime me faisait part un jour d'une crainte qui le tourmentait, celle qu'étant dans la rue, il ne se mît à marcher tout à coup droit devant lui sans pouvoir s'arrêter. C'est là une idée qui pourrait, par sa réalisation, conduire à une fugue ambulatoire; mais elle ne passe pas à l'acte en raison de la crainte qui l'accompagne. En outre, l'idée avec l'état émotif concomitant fait partie chez le neurasthénique de la mentalité intégrale et rencontre de la part des autres idées occupant en même temps qu'elle le champ de conscience un obstacle à sa réalisation. Il n'en est pas de même chez l'hystérique, chez qui, par suite de la désagrégation psychique, du rétrécissement du champ de conscience, l'idée de fugue peut prendre un tel développement qu'elle absorbe toute l'activité psychique du sujet et tend à sa réalisation. Il y a chez l'hystérique un monoidéisme momentané qui peut être opposé au polyidéisme du neurasthénique.

Le neurasthénique souffrira surtout des conséquences de son état émotif, de troubles fonctionnels d'ordres divers : troubles digestifs,

[1] E. Bleuler. Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906.

battements de cœur, angoisse précordiale, céphalée, insomnie, etc. Nous avons vu que le sentiment de crainte qui accompagne la marche procure au malade souffrant d'agoraphobie du dérobement des jambes, des vertiges, tandis que chez l'hystérique, c'est la représentation mentale pure et simple du trouble moteur qui produit l'abasie. Il faut ajouter qu'on peut rencontrer des états nerveux où les troubles de nature neurasthénique s'associent aux troubles de nature hystérique, ce qui prouve une fois de plus la parenté étroite entre deux ordres de phénomènes qu'on a tenté d'ériger en entités morbides.

Le rôle des émotions dans la genèse des troubles nerveux est immense, indiscutable. Il apparaît déjà dans les multiples manifestations nerveuses qui rentrent dans les limites de l'état psychique normal, dans les faits psychologiques de la vie de tous les jours, dans les rêves de l'homme normal si finement étudiés par Freud. Le rôle de l'émotivité apparaît plus nettement encore dans les états qualifiés de neurasthéniques, qui semblent procéder par des transitions insensibles des états normaux. La neurasthénie, avec son potentiel élevé d'émotivité, est dans la série des états psychopathologiques comme une station d'attente, le terrain favorable à l'éclosion de troubles psychiques plus prononcés.

C'est aussi l'élément émotif que *Breuer et Freud*[1] mettent à la base des états hystériques. Les études analytiques de l'hystérie entreprises tout d'abord en commun par les auteurs viennois, poursuivies ensuite par Freud avec le retentissement que l'on sait, méritent une attention spéciale parce qu'elles ont introduit dans l'interprétation et la thérapeutique des maladies psychiques des idées nouvelles qui ont provoqué, de la part des psychologues et des aliénistes, des critiques nombreuses et souvent passionnées.

D'une manière générale, Freud ramène les manifestations hystériques à une expression anormale des états émotifs. L'anomalie ne réside pas seulement dans le fait que les manifestations consécutives à un état émotif sont exagérées et s'étendent à des domaines soustraits généralement aux influences émotives, ce qui n'indiquerait qu'un degré plus ou moins prononcé de nervosisme, mais dans le fait que les phénomènes se reproduisent, en apparence, spontanément, *en dehors de tout état émotif*. Alors seulement ils méritent la qualification d'hystériques. Cette spontanéité apparente est le résultat de ce que Freud appelle *la conversion* des émotions. Lorsqu'un état émotif n'a pas été suivi de réaction suffisante, adéquate à la cause (abreagirt) et s'est déchargé par un réflexe anormal, ce dernier est provoqué à nouveau par la seule évocation des circonstances dans lesquelles s'était produit

[1] BREUER et FREUD. *Loc. citat.*

l'état émotif primitif. Quand, par une répétition fréquente, ce réflexe anormal s'est frayé des voies habituelles, il arrive à constituer la seule manifestation de l'état émotif primitif qui, peu à peu, disparaît de la conscience. Le phénomène hystérique prend les caractères d'un trouble somatique dégagé de toute origine psychique : la conversion est complète.

Si un état émotif ne trouve pas sa libération par les moyens d'expression normaux, c'est qu'il a été provoqué par des causes morales que l'individu veut laisser volontairement en dehors de sa conscience, qu'il *refoule* violemment (*Verdraengung*). Il s'agit de vrais traumatismes psychiques, parmi lesquels les faits à caractère sexuel jouent pour Freud un rôle que nous aurons à apprécier dans la suite.

Certains faits peuvent rester en dehors de la conscience normale, parce qu'ils se sont produits à l'origine dans des états pour lesquels il y a amnésie à l'état habituel. Breuer et Freud attribuent à ces états, qu'ils appellent *hypnoïdes,* une grande importance pour la production de phénomènes hystériques.

Les idées restées en dehors du champ de conscience par suite de refoulement ou à la faveur d'états hypnoïdes, forment des groupes d'idées *non recevables par la conscience* (bewusstseinsunfaehig) et constituent par là *une dissociation de la personnalité.* De même que P. Janet, Breuer et Freud considèrent la tendance à la dissociation de la personnalité comme la caractéristique de la mentalité hystérique. La dissociation permet de ramener à des représentations mentales des symptômes en apparence somatiques. Elle permet d'envisager l'attaque hystérique comme provoquée, tout au moins en partie, par un groupe d'idées agissant dans la subconscience. Elle permet de comprendre certaines particularités psychiques de l'hystérie, comme les modifications capricieuses de la disposition d'esprit (Launen), les états émotifs intenses provoqués par des causes en apparence insignifiantes, mais où la partie dissociée de la personnalité joue le rôle d'un *résonateur*. Enfin, Breuer et Freud attribuent à la dissociation la faiblesse mentale que Janet, lui, tient pour primitive et font dépendre de cette faiblesse mentale la suggestibilité des hystériques.

Ces considérations psychologiques ont amené Freud à baser le traitement des états hystériques sur la recherche de ces groupes psychiques refoulés de la conscience et jouissant d'une activité indépendante, afin de donner aux états émotifs qui en dépendent une libération normale et permettre la réintégration de ces groupes psychiques dans le moi normal. C'est la méthode psycho-analytique.

Dans une publication récente, *Jung*[1], de Zurich, appliquant les idées de Freud à l'étude psychologique de la démence précoce dont les manifes-

---

[1] Dr C.-G. Jung. Ueber die Psychologie der dementia praecox. Halle 1907.

tations revêtent, d'après lui, de grandes analogies avec les manifestations hystériques, attribue une importance capitale, pour le genèse de l'hystérie, à la présence de ces groupes psychiques indépendants qu'il appelle *complexus idéo-émotifs* (gefühlsbetonte Complexe). D'après Jung, il y a des complexus idéo-émotifs à caractère obsédant exerçant sur la personnalité une tyrannie qui est un obstacle au développement normal de celle-ci. L'individu cherche à se débarrasser de ce complexus fâcheux (par des diversions, par refoulement). Or l'hystérie résulte de l'échec de ces tentatives, ou tout au moins d'un compromis défectueux entre la personnalité et le complexus. Ce dernier devient *hystérogène*, en ce sens qu'il exerce une action prédominante sur le jeu des associations et empêche l'individu de s'adapter aux combinaisons réelles de l'existence. L'activité psychique hystérique, les rêves, les délires, ne sont que les manifestations des désirs contenus dans le complexus idéo-émotif.

Les idées de Freud et de ses partisans représentent certainement une contribution importante à la solution du problème de l'hystérie. On peut reprocher au savant viennois, et ce reproche lui a été adressé, en effet, par de nombreux auteurs, d'introduire dans la conception psychologique de l'hystérie une mécanisation arbitraire, de s'appuyer sur des hypothèses assurément ingénieuses, mais d'un caractère trop subjectif pour pouvoir prétendre à une valeur scientifique incontestable.

Un auteur allemand, *Hellpach*[1], de Carlsruhe, a publié dernièrement un essai de psychologie de l'hystérie, œuvre touffue, abondant en idées philosophiques intéressantes, portant l'empreinte de l'école volontariste de Wundt, œuvre à laquelle j'emprunte les considérations suivantes sur la formation de l'hystérie : Hellpach fait intervenir dans cette formation deux facteurs :

1° Une disposition constitutionnelle spéciale, caractérisée par une tendance à l'obéissance passive, moutonnière, qu'il appelle *Lenksamkeit*, disposition dans laquelle il distingue un terme purement intellectuel, *la crédulité* (Leichtgläubigkeit) et un terme psycho-moteur, conduisant à l'action (Folgsamkeit).

2° Un facteur jouant le rôle de cause déterminante : *le refoulement* (Verdrängung).

Le concours de ces deux facteurs n'est cependant pas toujours nécessaire ; il y a des cas extrêmes où l'un ou l'autre suffit pour déterminer l'hystérie, d'autant plus que dans la disposition constitutionnelle en question (Lenksamkeit), il y a toujours des éléments conduisant au refoulement.

Dans le domaine purement intellectuel, le tempérament moutonnier

---

[1] Willy Hellpach. Loc. cit. et Zur Frage der Lenksamkeit. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. 1905.

(je m'excuse de cette expression triviale pour traduire le mot *lenksam*) se traduit donc par la crédulité (crédivité de Bernheim), c'est-à-dire par un manque de résistance logique vis-à-vis des influences étrangères. Ce défaut caractérise les natures *fantaisistes*. Ce qui, d'après Hellpach, distingue la nature fantaisiste, c'est la tendance de donner à tous les faits de conscience, même aux souvenirs, une valeur concrète, à les traduire par des impressions, tandis que la nature vraiment raisonnable les interprète au moyen de concepts abstraits[1]. Les natures fantaisistes sont plutôt sous la domination de leurs impressions et, en définitive, sous la domination de leurs propres souvenirs et combinaisons de représentations mentales à titre d'impressions. Elles sont plus *passives* dans leur aperception, pour parler le langage de Wundt, ou dans leurs associations d'idées, selon l'école intellectualiste. La nature fantaisiste s'oppose à la formation de concepts, de même qu'elle est un obstacle à la formation *du jugement*. C'est pourquoi, chez ces individus, *la critique*, la méfiance logique font défaut, ou quand cette méfiance se manifeste, elle est étouffée rapidement par l'intensité d'impression accompagnant les faits de conscience ou par la simple répétition d'une injonction étrangère. La crédulité est la conséquence de la mentalité fantaisiste.

Quant au terme psycho-moteur de la disposition constitutionnelle moutonnière, il se caractérise par le manque de phénomènes de résistance vis-à-vis des sollicitations diverses dont l'individu peut être l'objet. Les phénomènes expressifs de résistance sont extrêmement faibles. Est-ce à dire que les résistances émotives elles-mêmes soient aussi d'une faiblesse anormale ? Hellpach ne l'admet pas, et, considérant non seulement l'expression immédiate des émotions mais leurs suites éloignées, il conclut que chez l'individu à tempérament moutonnier (lenksam), comme chez l'hystérique, il existe une incongruence psycho-physique. Les phénomènes d'expression d'un état émotif ne sont nullement en rapport avec l'intensité de celui-ci. D'après Hellpach il en résulterait :

1° la suppression des actions importantes exercées par les phénomènes d'expression sur l'état émotif ; les états émotifs de faible intensité, en particulier, ne sont plus capables de provoquer une résistance effective (Lenksamkeit) ;

2° le manque d'une dépense complète (Abreagieren) que, seule, une décharge suffisante dans l'expression peut procurer ; l'évolution normale de l'état émotif est arrêtée ; ce dernier est refoulé à l'arrière-plan psychique où il tend à la formation d'associations anormales (refoulement).

D'après l'auteur allemand, la crédulité, phénomène intellectuel

[1] C'est aussi ce que le prof. Dubois exprime en ces termes : « Ces malades (les hystériques) sont des virtuoses dans l'art de donner le cachet de la réalité, non seulement à leurs sensations, comme le neurasthénique, mais aux fantômes créés par l'imagination la plus vagabonde. » (Psychonévroses, p. 201).

résultant d'une nature fantaisiste, peut exister isolée chez un individu. Pour faire du crédule un obéissant agissant (folgsam), il faut encore un élément psycho-moteur. Le tempérament moutonnier peut-être le résultat de l'éducation qui exige souvent des natures fantaisistes le refoulement de leurs extases, de leurs ivresses. Du reste, ce tempérament conduit peu à peu à des manifestations absolument opposées à la moutonnerie: indiscipline, obstination, comme conséquence des nombreux phénomènes de refoulement qui se produisent dans cet état.

En somme, Hellpach comprend sous le nom de « Lenksamkeit » une modalité psychique qui se rapproche beaucoup de la *suggestibilité*. La distinction entre l'élément intellectuel et l'élément psycho-moteur, opérée par Hellpach dans un but analytique, complique, à mon avis, le problème d'une manière inutile. De fait, l'élément psycho-moteur est constitué par l'état émotif, et je souscris pleinement à l'interprétation que Bleuler donne de la suggestion, quand il dit que celle-ci ne trouve pas une explication suffisante dans les processus intellectuels et qu'elle a des liens de parenté étroits avec l'émotivité (Affektivität). On peut admettre que la crédulité (ou crédivité de Bernheim), phénomène intellectuel, trouve dans l'émotivité le principe actif qui la conduit à la suggestion. [1]

Mais, je l'ai déjà dit, la suggestibilité n'est pas un caractère exclusif de l'hystérie. Dans une étude sur l'examen de la suggestibilité chez les névrosés, au moyen d'une application simulée d'électricité, j'ai été amené à constater que la proportion des cas où la suggestion réussit est plus élevée pour les états neurasthéniques que pour les états hystériques, soit 70% pour les premiers et 43% pour les seconds [2]. La crédulité est, chez les neurasthéniques, tout autant sinon plus développée que chez les hystériques. Chez les uns comme chez les autres elle trouve son origine dans un défaut de jugement, de critique raisonnable. Le passage de cette crédulité à la suggestion est déterminé par l'état émotif du sujet, et c'est dans ce domaine, à mon avis, qu'il faut chercher les caractères distinctifs de l'hystérie. Chez le neurasthénique, l'émotivité conserve un potentiel plus constant que chez l'hystérique. Elle participe aux opérations psychiques d'une manière plus uniforme, augmentant la suggestibilité dans une mesure qui fait apparaître cette dernière comme une simple exagération de la suggestibilité normale. Il s'agit d'une modification plutôt quantitative. Les manifestations de l'émotivité sont en

---

[1] Je ne tiens cependant pas l'émotion pour susceptible de se manifester indépendamment d'un élément intellectuel. De même que le prof. *Dubois*, je suis d'avis que l'émotion est *toujours* provoquée par une représentation mentale, bien que, en raison de sa fugacité et de son inconsistance, celle-ci ne soit pas toujours consciente au moment où l'émotion se produit.

[2] L. Schnyder. Communication au Congrès de Pau, 1904.

proportion directe de l'intensité de celle-ci et sont toujours parfaitement conscientes.

Chez l'hystérique, l'émotivité présente un caractère capricieux, déconcertant, elle se traduit par des manifestations anormales aussi bien qualitativement que quantitativement. Une cause émotionnelle en apparence futile peut provoquer une réaction psycho-physique intense (attaque hystérique), tandis que, dans d'autres cas, une cause que nous jugeons plus importante ne détermine aucun effet appréciable. Ce caractère capricieux de l'émotivité est aussi, chez les hystériques, celui de la suggestibilité, et nous voyons dans l'examen cité plus haut, l'hystérique ou bien se tordre en convulsions ou bien rester totalement indifférent.

Qu'on mette cette anomalie de la sphère émotive, cette incongruence psycho-physique, sur le compte du tempéramment particulier invoqué par Hellpach (Lenksamkeit) ou qu'on la fasse dépendre des phénomènes de refoulement avec Freud, elle est toujours la marque d'une altération de la personnalité, d'une désagrégation mentale qui, se poursuivant peu à peu, donne naissance à une activité psychique incoordonnée, à des phénomènes de distraction, d'automatisme, d'aboulie, de double personnalité. Ces mêmes modifications de la personnalité expliquent aussi le caractère capricieux de la suggestibilité chez les hystériques, l'échec fréquent des suggestions étrangères, leur réussite stupéfiante lorsque l'idée trouve accès dans le champ de conscience rétréci, la prédominance d'autosuggestions résultant d'une introspection à caractère fantaisiste.

II.

L'hystérie envisagée au point de vue de son développement chez les différents individus.

La statistique nous fournit des renseignements précieux sur les conditions dans lesquelles apparaît l'hystérie parmi les différents individus. Un premier fait qui ressort des études les plus anciennes sur l'hystérie est la prédominance de cette affection chez la femme. Sans remonter à l'exclusivisme professé par les écoles d'autrefois qui niaient la possibilité d'une hystérie mâle, je citerai la statistique de *Briquet* qui attribuait à l'hystérie féminine une fréquence 20 fois plus grande qu'à l'hystérie mâle. Cette proportion s'est peu à peu modifiée chez les auteurs modernes dans le sens d'une augmentation de fréquence de l'hystérie mâle. D'après *Lœwenfeld*, les statistiques concernant certaines cliniques allemandes indiqueraient une hystérie mâle pour 7 hystéries féminines. D'après *Oppenheim*, le rapport serait de 1 : 10. D'après *Jolly* de 1 : 5,5. Parmi les auteurs français, les statistiques tendent davantage encore à l'égalisation de la fréquence pour les deux sexes. *Charcot* trouvait un rapport de une hystérie mâle pour trois hystéries féminines. *Pitres* ramène la proportion à 1 : 2. *P. Marie* va jusqu'à admettre une fréquence de l'hystérie plus grande chez les hommes que chez les femmes, mais il fait remarquer que sa statistique se rapporte à des malades se recrutant dans les classes prolétaires les plus basses. *Souques*. pour le matériel fourni par l'hôpital Broussais, confirme les résultats de P. Marie.

Il semble résulter de ces constatations que plus le niveau social baisse, plus l'hystérie mâle augmente de fréquence, jusqu'au renversement de la proportion rencontrée dans les couches sociales plus élevées.

La question d'âge influence d'une manière très marquée les rapports de fréquence entre les états hystériques du sexe masculin et ceux du sexe féminin. *Bruns* note une fréquence deux fois plus grande chez les filles que chez les garçons ; mais cette proportion se rapporte à l'ensemble des états hystériques constatés depuis la première enfance jusqu'à la puberté. Plus la période d'âge considérée se rapproche de la première enfance, plus les chiffres de la morbidité hystérique tendent à s'égaliser pour les deux sexes. Bruns indique jusqu'à l'âge de 9 ans une proportion de 45 °/o pour les garçons et de 55 °/o pour les filles.

En résumé, l'hystérie apparaît dans l'enfance en proportion à peu près égale pour les deux sexes, augmente de fréquence chez la femme à mesure qu'on s'éloigne des premières années et ne prédomine chez l'homme que lorsque ce dernier appartient aux classes sociales déshéritées.

Ces constatations sont de nature à faire admettre dans la mentalité de l'enfant, de la femme et de l'homme prolétaire la présence d'un élément commun qui pourrait être considéré comme la cause prédisposante de l'hystérie. Hellpach qui, très justement, relève l'importance de ces faits, voit dans ce qu'il appelle la « Lenksamkeit », cet élément commun, condition constitutionnelle du développement de l'hystérie. Nous avons vu que la « Lenksamkeit » d'Hellpach se rapproche beaucoup de la suggestibilité, cette tendance de l'esprit à accepter des idées sans contrôle raisonnable. Or la suggestibilité est un des signes caractéristiques de la mentalité enfantine. Chez l'enfant, la critique raisonnable des mobiles fait à peu près défaut. Les manifestations de sa vie psychique portent la marque de la spontanéité, de l'irréflexion. Il y a chez-lui une tendance très développée à *l'imitation* qu'on serait tenté de séparer de la suggestibilité, parce que, chez-elle, l'élément émotif semble absent. Cependant, comme le fait remarquer Bleuler, il y a toujours à la base de l'imitation un instinct qui fait que telle chose est imitée, telle autre non. Or l'élément émotif apparaît d'une manière incontestable dans l'instinct. On peut donc assimiler les phénomènes d'imitation aux phénomènes répondant plus spécialement au terme de suggestions. Ceux à qui une pareille interprétation de l'imitation paraîtrait un peu forcée pourront adopter le terme de « Lenksamkeit » intellectuelle qui implique la notion de la crédulité.

On connaît la facilité avec laquelle l'enfant donne de la *réalité* à ses idées, aux produits de son imagination. L'activité psychique de l'enfant ne peut se mouvoir dans le domaine des concepts, des abstractions ; elle est avant tout subjective. L'étude psychologique du jeu chez les enfants montre à quel point ils peuvent se substituer aux personnages qu'ils imitent. Ils savent transporter dans d'autres occasions de la vie cette aptitude à être des acteurs incomparables. Avec quel art les enfants n'arrivent-ils pas à prendre de vraies attitudes passionnelles! Cette tendance de l'enfant à croire à la réalité de faits imaginaires se traduit encore par les mensonges si fréquents observés chez-lui, mensonges qu'on peut assimiler à de vraies autosuggestions. Il y a longtemps qu'on a fait justice de la valeur du témoignage chez l'enfant.

On retrouve donc dans la mentalité enfantine tous les éléments favorables au développement de troubles hystériques : émotivité, suggestibilité exagérées, imagination fantaisiste, dépendant, en somme, d'un manque de jugement fondamental. On pourrait parler chez l'en-

fant d'une *hystérie physiologique;* nulle part ailleurs que dans la mentalité enfantine, on ne peut mieux observer les transitions insensibles qui font passer certaines manifestations du domaine physiologique au domaine franchement pathologique. La mentalité enfantine offre un terrain merveilleusement préparé à l'éclosion de troubles hystériques, et si ces derniers ne sont pas plus fréquents chez l'enfant, c'est que ce dernier est généralement, davantage que l'adulte, à l'abri de causes déterminantes. Aussi bien l'hystérie de l'enfant présente-t-elle un caractère que presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître bénin. L'édifice des troubles hystériques repose chez l'enfant sur des fondements moins solides que chez l'adulte. La personnalité n'a pas subi chez le premier les modifications profondes et systématisées qu'on rencontre chez l'hystérique plus avancé en âge. Quand une influence éducative rationnelle intervient chez l'enfant, la mentalité hystérique peut être modifiée de manière à empêcher dans l'avenir l'éclosion de nouvelles manifestations morbides.

Les états hystériques de l'enfance sont caractérisés par une grande simplicité. Ils appartiennent généralement à ce qu'on appelle *l'hystérie massive*; ils constituent des formes monosymptomatiques [paralysies, contractures, spasmes, etc.] Bruns fait remarquer que, chez l'enfant, les troubles considérés comme des stigmates, en particulier les anesthésies, manquent le plus souvent, et voit dans ce fait la preuve de l'origine psychique des troubles hystériques.

L'analyse psychologique des troubles hystériques chez l'enfant permet souvent d'en déterminer le caractère idéogène, de retrouver les faits psychiques qui ont présidé à leur éclosion. C'est ainsi qu'une légère contusion du bras peut dégénérer en contracture hystérique chez un sujet qui trouve dans cet état une excuse pour ne pas aller en classe ou simplement parce que sa blessure le rend intéressant à son entourage. Dans un but de vengeance à l'égard d'un maître trop sévère, l'enfant peut faire suivre une légère correction physique que lui applique ce dernier de manifestations hystériques bruyantes et théâtrales (convulsions). On remarque déjà chez l'enfant la tendance que nous retrouverons chez l'adulte, de voir dans l'hystérie un refuge, un moyen de protestation dans certaines circonstances désagreables de la vie. On rencontre aussi chez lui ces phénomènes de refoulement des états émotifs auxquels Freud fait jouer un rôle prépondérant dans la genèse de l'hystérie. La crainte, la honte, par exemple, peuvent provoquer chez l'enfant des troubles somatiques en apparence spontanés, lorsque ces états émotifs n'ont pu trouver leurs moyens de libération naturels.

Avec l'âge de la puberté apparaît une nouvelle source d'accidents

---

S. Freud. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien, 1905.

nerveux de nature hystérique : les faits de la vie sexuelle auxquels l'école de Freud accorde une importance capitale dans la genèse des psychonévroses en général, en particulier de l'hystérie. C'est peut être le lieu d'esquisser la théorie du médecin viennois.

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse psychologique, Freud affirme que les faits de nature sexuelle constituent la source la plus constante des psychonévroses, dont les symptômes ne sont que le reflet plus ou moins prononcé de la vie sexuelle du malade. Les symptômes hystériques, en première ligne, se produisent par refoulement (Verdraengung) de tendances qui puisent leur force à la source des instincts sexuels. Dans le caractère hystérique on rencontre une accumulation de résistances opposées à l'instinct sexuel (en particulier la honte et le dégoût); il y a comme une peur instinctive de l'esprit de s'occuper du problème sexuel, même quand les instincts sont développés d'une manière anormale, ce qui est souvent le cas dans l'hystérie. Il y a conflit entre les exigences de l'instinct et les résistances opposées, notamment en suite du développement moral de l'individu, et ce conflit trouve sa solution dans la maladie (hystérie) qui transforme les tendances libidineuses en symptômes hystériques.

L'analyse psychologique montre encore que les symptômes ne se développent pas seulement aux dépens de l'instinct sexuel normal, mais qu'ils sont l'expression convertie d'instincts qu'on peut qualifier de *pervertis*. Les symptômes se développent donc aux dépens d'une vie sexuelle anormale : *la névrose est, pour ainsi dire, le négatif de la perversion.*

Freud considère que la vie sexuelle physiologique de l'homme est caractérisée à ses débuts par une tendance naturelle à la perversion. Mais, tandis que sous l'influence des modifications organiques et des puissances inhibitrices résultant de l'éducation morale, se développe chez la plupart des individus une vie sexuelle normale, chez certains individus la perversion des instincts sexuels se manifeste comme un arrêt de développement et un état d'infantilisme.

L'auteur viennois met sur le compte des processus de *refoulement* (Verdraengung) qui se produisent surtout à l'époque de la puberté, la transformation des phénomènes de perversion sexuelle en phénomènes nerveux. Ces processus de refoulement se rencontrent surtout chez la femme qui, par sa nature y est plus exposée que l'homme, car c'est par refoulement que la femme passe de l'état de bisexualité à caractère masculin de l'enfance à l'état de sexualité féminine. C'est ce qui explique, d'après Freud, la plus grande disposition de la femme aux névroses, en particulier à l'hystérie. On voit souvent, d'après lui, dans la même famille tel représentant mâle offrir le type d'inverti, tandis que tel membre féminin, en raison du refoulement, présentera de la perversion négative, c'est-à-dire un état hystérique.

C'est donc dans les faits de la vie sexuelle infantile que Freud veut retrouver l'origine des troubles hystériques. Parmi les causes qui peuvent amener une déviation de l'activité sexuelle normale, il invoque certaines influences constitutionnelles (syphilis des parents), une maturité trop hâtive, la persistance des impressions sexuelles anciennes, les excitations sexuelles provoquées par des tiers (initiation).

Après avoir reconnu dès le début de ses études sur l'hystérie l'importance des faits de la vie sexuelle dans la genèse de cette névrose, Freud est arrivé peu à peu à leur attribuer un monopole causal exclusif. Un de ses élèves, *Sadger*[1], prétend que les idées du maître viennois, seules, permettent d'expliquer l'origine et le mécanisme des troubles hystériques et de fournir des moyens thérapeutiques efficaces. D'après cet auteur, l'analyse psychologique permet de retrouver à l'origine de *tous* les symptômes hystériques des vœux irréalisés de nature sexuelle, en grande partie à caractère homosexuel remontant à la première enfance. C'est pourquoi, affirme-t-il, il est nécessaire de faire remonter l'analyse psychologique de chaque symptôme hystérique jusqu'aux quatre premières années de la vie, quelquefois même jusqu'à la première ! De cette manière, les vœux refoulés et devenus inconscients sont rappelés à la conscience et rendus inoffensifs. Si certains symptômes sont si tenaces, c'est que la malade, plutôt que de renoncer à ses désirs, préfère rester malade, s'oppose à une appréciation logique des choses et renonce plutôt à son propre bonheur. « Les hystériques, dit Sadger, sont aussi difficiles à persuader que les enfants qu'on veut amener à renoncer à leurs plus chers désirs ».

Aucun neurologiste ou pychiâtre ne conteste aujourd'hui la très grande part qui revient à la sexualité dans la genèse des états psychiques morbides. Cette part est probablement plus grande qu'on ne l'admet généralement dans l'hystérie de la femme. Les traumatismes psychiques d'origine sexuelle sont plus fréquents chez elle que chez l'homme ; elle y est prédisposée par les éléments de sensibilité qui prédominent dans sa mentalité, par la direction imprimée à son éducation où l'ignorance des faits de la sexualité est plus ou moins érigée en dogme. Il y a là une source de conflits nombreux entre les appels des puissances instinctives et les conceptions de la morale religieuse ou simplement ce qu'on est convenu d'appeler les principes d'une bonne éducation. La femme est, en général, mal préparée à affronter les difficultés qui résultent pour elle des incidents si variés de l'activité sexuelle. Déjà l'époque de la puberté, l'apparition des premières règles, constitue pour elle une époque critique ; puis le mariage, les aléas nombreux de la vie conjugale lui apportent de nouvelles causes d'ébranlement moral. Enfin, quand les circonstances

---

[1] Sadger. Loc. citat.

de la vie la forcent au célibat, la femme se trouve souvent en face de renoncements pénibles qui peuvent la conduire à chercher dans l'hystérie une sorte de refuge et de dédommagement.

Les théories exclusivistes de Freud et de son école à l'égard des origines sexuelles de l'hystérie ont rencontré jusqu'ici une grande opposition parmi les médecins. Tout en reconnaissant les incontestables mérites que le savant viennois s'est acquis par ses belles recherches analytiques en psycho-pathologie, beaucoup de ses admirateurs lui reprochent la généralisation arbitraire de principes applicables à certains cas seulement. *Raimann*[1], de Vienne, entre autres, n'attribue pas aux faits invoqués par Freud une prépondérance marquée parmi les causes de l'hystérie. L'analyse psychologique de ses malades lui a fait découvrir des causes morales diverses, parmi lesquelles les causes de nature sexuelle, généralement dans le sens populaire de peines de cœur, peuvent être, bien entendu, représentées largement chez la femme; mais Raimann ne leur attribue aucun caractère spécifique et fait très justement remarquer que la plupart des femmes sont exposées, dans le cours de leur existence à des traumatismes de nature sexuelle, mais que la plupart n'en éprouvent pas d'inconvénients graves. Celles-là seules deviennent hystériques auxquelles leur mentalité ne permet pas d'opposer à un choc moral de ce genre une résistance suffisante. D'après Raimann, si Freud rencontre dans chaque cas d'hystérie observé par lui des origines sexuelles, c'est que ses théories commencent à se répandre dans le public et que les malades qui ont recours à lui savent d'avance qu'elles seront interrogées sur cette question spéciale. Or les malades dont l'état nerveux ne repose pas sur des bases sexuelles ne vont pas chez Freud, sachant que, dans ces conditions, elles doivent renoncer à chercher le salut auprès de lui.

Je ne vois vraiment pas la nécessité de remonter jusqu'aux souvenirs de l'activité présexuelle pour expliquer un état hystérique. Dans la plupart des cas, on se trouve en présence de causes d'autre nature : chagrins de famille, blessures d'amour propre, revers de fortune, responsabilités trop lourdes. Pour les cas d'hystérie mâle, en particulier, les causes d'origine non sexuelle sont évidentes, bien qu'on ait voulu mettre sur le compte de la sexualité jusqu'à l'hystérie traumatique !

En s'appliquant à rechercher systématiquement chez les hystériques des faits de nature sexuelle, on s'expose, d'une part, à méconnaître d'autres faits qui constituent des causes morales bien suffisantes pour expliquer le développement d'un état psychique morbide et, d'autre part, on court le risque d'attirer l'attention du malade sur un domaine qu'il ignorait jusqu'alors et dans lequel il puise souvent des causes de

---

[1] E. Raimann. Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig und Wien, 1904.

scrupules et de craintes préjudiciables à sa santé morale. D'ailleurs, quand bien même l'analyse psychologique révélerait chez un malade des faits de nature sexuelle, il serait arbitraire de faire dépendre tout son état nerveux de ces seuls faits. Ces derniers peuvent, chez un sujet prédisposé, provoquer des troubles hystériques : ils ne constituent pas cette prédisposition elle-même. C'est pour cela aussi que la méthode thérapeutique de Freud, qui ne vise qu'à la suppression de ces troubles, n'a qu'une valeur symptômatique et laisse subsister la mentalité morbide grâce à laquelle ont pu se développer ces troubles.

Il n'est pas téméraire de prétendre contre Freud que l'élément sexuel n'est pas seul en cause pour motiver l'hystérie chez la femme. Sa mentalité l'y prédispose naturellement, à tel point que l'hystérie a été considérée longtemps comme l'apanage exclusif du sexe féminin, comme la névrose spécifique de la femme opposée à l'hypochondrie de l'homme.

La femme obéit plutôt aux mobiles du sentiment qu'à ceux de la raison ; son activité volontaire est surtout intuitive, son jugement est avant tout subjectif. Sa pensée ne se meut pas volontiers dans le domaine des abstractions pures. La femme tend à donner une valeur concrète à ses idées. *Georget* disait déjà : « La femme sent plus qu'elle ne pense ! » Elle possède à un haut degré ce que Hellpach appelle la mentalité fantaisiste qui place l'individu sous la domination de ses impressions, mentalité qui est un obstacle à la formation d'un jugement objectif et aux opérations d'une bonne logique. On a pu dire avec raison que la mentalité féminine se rapproche de la mentalité de l'enfant, qu'elle présente un certain degré d'infantilisme, et c'est en attribuant à la femme une débilité mentale naturelle que Moebius [1] a provoqué en Allemagne les protestations indignées des défenseurs du féminisme.

Par le fait même de son organisation physiologique, de son rôle social, la femme est portée à la *passivité,* dans le sens étymologique de ce mot. La femme est habituée à sentir, subir, souffrir. C'est encore à *Georget* [2] que j'emprunte le tableau suivant des conditions morales défavorables auxquelles la femme est exposée : « Sa vie morale est tout à fait en opposition avec ses facultés ; elle a une volonté et reste constamment accablée sous le joug des préjugés et des convenances sociales de son enfance et de son adolescence, d'un mari dans sa jeunesse, de l'indifférence d'autrui dans sa vieillesse, elle est très sensible, très aimante, et elle ne doit aimer que quand un maître l'ordonne ; elle est presque toujours contrainte de concentrer en elle les effets des passions les plus fortes, les plus douces inclinations, de dissimuler ses désirs comme ses besoins, de feindre le calme de l'indifférence alors qu'un feu intérieur la

---

[1] J.-P. Moebius. — Der physiologische Schwachsinn des Weibes, Halle. 1903.

[2] Georget. — Physiologie du système nerveux. Paris, 1821.

dévore, que des orages éclatent dans tout son organisme; de sacrifier par devoir, ou plutôt pour le bonheur des autres, le bonheur et la tranquillité de toute son existence.» Ce tableau ne contient-il pas déjà tous les motifs de refoulement invoqués par Freud ?

La femme est amenée à chercher en elle-même l'équivalent de ce qu'elle ne peut trouver dans la vie; elle tire profit des nombreuses ressources que lui procurent sa sensibilité et son imagination. On sait avec quelle facilité la femme peut suppléer aux imperfections de la réalité par les produits de son imagination. Quand cette dernière possède une force créatrice trop faible, c'est dans le monde des souvenirs que la femme se transporte.

La tendance des femmes à la *rêverie* est bien connue; elle conduit sans transition marquée des innocentes rêveries de la vie psychique normale aux manifestations pathologiques qui constituent ces *états hypnoïdes* décrits par Breuer et Freud comme éminemment favorables au développement de l'hystérie. Ils aboutissent à une altération de la personnalité rendant tout contrôle raisonnable impossible et permettant, par conséquent, la formation de phénomènes autosuggestifs.

Comme le fait remarquer Janet, ces rêveries sont d'abord volontaires; elles offrent un dédommagement facile à se procurer des réalités pénibles de la vie. « On commence à rêver, c'est qu'on le veut bien ; on pourrait s'arrêter, mais c'est si agréable ! » disait Charcot. Peu à peu, comme l'enfant qui se grise à son propre jeu, la femme arrive à se constituer un monde irréel où elle trouve l'oubli de ses chagrins et de ses désillusions. Une malade de Freud emploie à ce sujet l'expression pittoresque de « théâtre privé ».

La vie religieuse, en particulier a toujours offert à la femme un champ d'activité merveilleux où toutes les exagérations trouvent leur excuse sinon leur glorification. Les extases et les hallucinations d'une sainte bénéficient encore d'une appréciation très honorable et tiennent pour ainsi dire le haut de la cote parmi les divers produits de l'hystérie. « Rien qui se touche de plus près », disait déjà *Diderot* « que l'extase, les visions, les prophéties, les révélations, la poésie fougueuse et l'hystéricisme. »

Breuer et Freud citent, parmi les conditions morales favorables au développement de l'hystérie, la situation créée aux femmes obligées de soigner des malades. Par le refoulement des émotions que cette situation comporte (crainte, dégoût, impatience), la femme peut être amenée à se transporter dans un monde fictif.

L'hystérie est souvent pour la femme un refuge offert à sa misère psychologique, à son insuffisance vis-à-vis des difficultés de la vie. Pour beaucoup elle est un véritable moyen d'existence, et *Raimann* cite des cas nombreux de femmes, vraies punaises d'hôpital, qui

se complaisent dans leurs états hystériques afin de s'assurer la protection d'une administration compatissante aux misères de l'humanité, de même qu'il y a des hommes qui savent forcer la porte des maisons pénitentiaires en commettant un délit en temps opportun.

Le désir d'apitoyer leur entourage sur leur compte, de jouer par la maladie un rôle prépondérant dans la famille, crée pour beaucoup de femmes une vocation à l'hystérie. Je dois à l'obligeance d'une ancienne malade très intelligente des réflexions intéressantes sur les mobiles de l'hystérie qu'elle connaît pour les avoir pratiqués elle-même et qu'elle analyse aujourd'hui avec un jugement modifié par la psychothérapie rationnelle. Je me permettrai de transcrire ici quelques fragments de cette autobiographie :

« La malade nerveuse veut avant tout qu'on s'apitoie sur son sort ; elle souffre du manque de respect, de considération ; elle est jalouse de l'importance qu'on accorde généralement aux maladies organiques. Elle se sent anormale, abattue, écrasée sous un fardeau sans nom, incapable de mener une vie régulière, et sa douleur est augmentée parce qu'elle est méconnue. Alors, lasse d'attendre, à bout de patience, instinctivement elle essaie un « coup d'état ». La première fois, elle se laisse faire, étonnée après coup de son propre jeu. Plus tard, la malade agit par souvenir de l'heureux effet produit. La forme de la crise dépend du goût et de l'imagination de la malade ; mais la base morale, l'idée fondamentale est toujours la même : impressionner le public, confondre l'entourage par le mystère, arriver par force à ce qu'on s'occupe d'elle. Seulement, une fois le système choisi, on y reste fidèle pour sauvegarder le caractère de vraisemblance et de réalité. C'est alors que le dévouement des personnes aimées est exploité ; jour et nuit on les met à contribution, on prend un plaisir intime à les torturer pour mettre à l'épreuve leur affection. On fait de leur vie une angoisse continuelle..... Si, dès la première crise, la malade sent qu'elle a manqué son effet, qu'au lieu d'exciter l'étonnement, l'anxiété, la préoccupation, elle a, grâce à la perspicacité de son entourage, rencontré le dédain, le mépris, on peut être sûr que la guérison sera, sinon immédiate, du moins prochaine. Mais ce fiasco dès le début est rare, la malade étant psychologue et, sachant ce qui émeut la galerie, elle ne s'épargnera aucun effort, quelque fatigant et pénible qu'il soit, pour réussir et être prise au sérieux. Elle trouve des ressources nombreuses pour augmenter les craintes de son entourage, en prenant des poses très dramatiques. Elle aura soin, par exemple, qu'on trouve un couteau dans son lit pour faire croire à une intention de suicide..... »

« Malheur à la famille si le médecin ne comprend pas l'hystérie et tient pour une syncope ce qui n'est que le dernier acte d'une comédie. C'est alors que la malade prend ses meilleures leçons de jeu : souvent le

médecin, pour bien prouver son savoir, fait part de ses expériences dans des cas analogues ; la malade prend note de tout cela et, à l'occasion, saura s'en servir. D'ailleurs, si elle est souffrante depuis longtemps, elle a vu beaucoup de médecins ; elle saura, grâce à leurs interrogations, très bien jouer son rôle. Dans la crise, la malade reviendra tranquillement à elle quand le docteur lui aura pressé sur les ovaires ou qu'il aura employé telle autre méthode *dont lui-même ne met pas en doute l'efficacité.* Il s'agit pour la malade de sortir « honorablement » de la situation. Elle résistera, au contraire, aux moyens qui dénotent de la part du médecin une appréciation peu sérieuse de son état ou le désir d'opérer un simple effet suggestif (paroles d'encouragement, usage de sels, frictions)..... »

« La malade prend tout d'abord plaisir à être souffrante, elle ne sent pas la dégradation de sa personne en se livrant à des crises souvent dénuées de toute pudeur. Par suite de ce complet laisser-aller, elle a bientôt perdu toute force de volonté et c'est par habitude que, dans la suite, ses crises ont lieu. Pendant ses crises passionnelles, la malade feignant l'inconscience, sait et entend ce qui se passe autour d'elle. Toutes ses forces intellectuelles sont concentrées sur son jeu et l'effet qu'il produit ; même avec les yeux hermétiquement fermés, elle verra tout..... ».

« Parfois on voudrait sortir de cet état de déchéance, mais on ne sait pas comment se défaire de cette fâcheuse habitude qu'on sent plus forte que soi. On craint aussi de se compromettre en guérissant brusquement. On a la nostalgie de la paix, du calme ; alors on espace les crises le plus possible et on en diminue peu à peu l'intensité..... »

« Un symptôme fréquent de l'hystérie est le refus de nourriture, d'abord parce que l'appétit manque, mais souvent aussi parce que quiconque mange est supposé en bonne santé. Or, pour l'hystérique, c'est le pire des crimes. On est tellement dominé par cette idée qu'on se refuse une friandise qui vous met l'eau à la bouche..... J'ai vu des jeunes filles au pensionnat qui refusaient toute nourriture aux repas et qui, à la leçon de dessin, mangeaient du pain en cachette..... »

« Parfois l'hystérie prend une forme plus funeste : il arrive que, tout à coup, par suite d'une contrariété puérile, la malade prend en grippe une personne aimée, respectée jusqu'alors. Que de souffrances elle lui fait alors endurer ! Plus rien ne lui est sacré. Pour la torturer, elle révèlera les secrets les plus intimes sans choisir son auditoire et sans calculer les effets qui résultent de cette infâme imprudence. Au besoin, elle l'accusera d'actions honteuses, d'ignominies pour nourrir sa vengeance, oubliant que souvent elle compromet l'honneur de son nom et de sa famille. »

Cette description fait ressortir clairement *la volonté de maladie* souvent signalée par les auteurs et considérée en particulier par *Sokolowski*[1]

---

[1] Cité d'après Raimann, Loc. cit.

comme prépondérante dans les origines de l'hystérie. Cet auteur définit l'hystérie : « Un état de maladie tendant à constituer un équivalent au déséquilibre psychique chez des individus dégénérés qui ont conscience de leur insuffisance ».

« La maladie joue le rôle de paratonnerre vis à vis du désespoir causé par un évènement pénible déjà réalisé ou seulement prévu ; l'hystérique y voit un moyen de se soustraire à la lutte pour la vie, de faire participer les autres aux conséquences de sa propre insuffisance ; elle joue un rôle qui la satisfait. Les mesures médicales constituent la sanction de cette volonté de maladie, correspondant aux intentions de l'hystérique ; la guérison n'est possible que si un équivalent est offert à la malade, une nouvelle méthode de traitement qui provoque son enthousiasme, par exemple, ou des excentricités philanthropiques. Il peut se faire que l'état de maladie perde spontanément son charme, alors la personne trouve un refuge dans l'alcool, la morphine, le suicide, le théâtre, le couvent ou la maison publique ».

Il est certain que l'intervention active et consciente de la malade se manifeste dans une large mesure dans la production des troubles hystériques. Mais si la malade conserve souvent, jusqu'à un certain point, la conscience de son rôle d'acteur et la possibilité de graduer ses effets, il n'en est pas toujours ainsi. *Raimann* fait remarquer que lorsqu'une hystérique, en proie à un accès de manie aiguë, est transportée à l'asile dans le quartier des agités ou lorsqu'autrefois une hystérique montait sur le bûcher, on ne peut plus guère parler de volonté de maladie. C'est que les malades finissent par être pris à leur propre piège et que les derniers vestiges de leur personnalité raisonnable disparaissent, submergés par la marée montante de leurs autosuggestions. L'hystérique finit par être entraînée au-delà de ses intentions primitives. « L'hystérique ». dit le *prof. Dubois*, « est une actrice en scène, une comédienne, mais ne le lui reprochons jamais, car elle ne sait pas qu'elle joue : elle croit sincèrement à la réalité des situations[1]. »

Si l'hystérie trouve dans la mentalité féminine un terrain favorable à son développement, si elle en est souvent comme la caricature, elle se manifeste aussi chez l'homme lorsque la mentalité de celui-ci se rapproche de celle de la femme. L'homme est à un degré moindre que la femme dominé par la sphère du sentiment. Son jugement est moins intuitif, moins subjectif. Plus que la femme, il fait appel à la logique dans la construction de ses raisonnements. Plus réfléchi, il échappe davantage aux conséquences d'une imagination fantaisiste. Son égoïsme naturel, le sentiment de sa force, l'exposent à moins de conflits avec sa conscience. Les phénomènes de refoulement sont chez lui infiniment

[1] Dubois. Psychonévroses, p. 214.

moins fréquents que chez la femme. En particulier, dans le domaine sexuel, son rôle actif, agressif, est dépourvu des entraves que les mœurs, l'éducation, l'organisation physiologique, apportent à la vie sexuelle de la femme. L'organisation sociale confère à l'homme des prérogatives qui lui permettent de donner libre cours à ses tendances, à ses aspirations. Lorsqu'il se heurte à des difficultés insurmontables ou que, mal taillé pour la lutte, dominé par le sentiment de son insuffisance, il est mis hors de combat, il dispose à un degré moins grand de la faculté de se créer, par les ressources de son imagination fantaisiste, une compensation dans l'hystérie. Il s'abandonne plutôt à son découragement, à sa tristesse et versera dans la neurasthénie.

Il y a cependant des hommes que leur mentalité dispose à donner une forme plus active, plus productive à leur insuffisance psychique. Ce sont les individus pourvus de cette disposition mentale fantaisiste mentionnée plus haut, caractérisée par la tendance à prêter une valeur concrète à toutes les idées. Cette disposition mentale, qui conduit à la crédulité, se rencontre chez beaucoup d'hommes dont la mentalité se rapproche ainsi beaucoup de celle de la femme et de l'enfant. Cela ne veut pas dire que l'hystérie mâle se rencontre de préférence chez des hommes à type efféminé. Sans doute, les classes supérieures peuvent en fournir de nombreux exemples, mais les auteurs s'accordent à signaler l'apparition très fréquente de troubles hystériques chez des sujets robustes, appartenant à la population mâle des classes prolétaires.

On peut s'expliquer la fréquence de l'hystérie dans les classes prolétaires en tenant compte des influences morales et sociales auxquelles y sont soumis les individus. Le prolétariat, longtemps maintenu par les institutions sociales dans un état de passivité, d'obéissance, est devenu peu à peu conscient de sa situation. Il cherche dès lors à améliorer son sort, il aspire à plus de liberté. L'évangile du socialisme marxien lui a fait entrevoir des perspectives de bonheur qui forment encore avec les réalités présentes un dur contraste. La lutte souvent infructueuse pour les revendications sociales, les espoirs déçus, les ambitions non réalisées, poussent trop souvent le prolétaire à une révolte morale qui lui fait trouver dans l'hystérie une sorte de protestation contre les injustices du sort.

Les accidents du travail constituent dans une large mesure une cause déterminante des états hystériques chez l'homme. A côté du traumatisme psychique à caractère émotif pénible plus ou moins prononcé, qui peut déterminer à lui seul des troubles de la personnalité, il faut compter encore avec la volonté de maladie motivée par ce que l'on a appelé *la lutte pour l'indemnité*. Le malade est tiraillé par des tendances contraires : d'une part, il ne demanderait pas mieux que d'être bien portant et de pouvoir reprendre son travail ; d'autre part, il craint de

conserver une diminution de sa capacité de travail, de ne pouvoir, dans l'avenir, subvenir aux besoins de sa famille ; aussi a-t-il le désir d'être largement indemnisé, et pour cela, il importe que les suites de l'accident ne soient pas taxées trop légèrement, d'où tendance plus ou moins consciente à l'exagération. Sa mentalité subit, de ce fait, une altération profonde dans le sens d'un rétrécissement du champ de conscience, d'un monoidéisme constitué par l'idée d'indemnité accompagnée de sentiments dépressifs (chagrin, amertume). Rien d'étonnant, dès lors, que cet état mental anormal entretienne des troubles fonctionnels nombreux et que cette puissance du désir de maladie puisse avoir les apparences de la simulation !

L'hystérie mâle a, davantage que l'hystérie féminine, le caractère de protestation, de revendication à l'égard des conditions défavorables de la vie. Elle se rapproche en cela de l'hystérie de l'enfant, qui est le plus souvent une hystérie de désir (Wunschhysterie).

Il est reconnu que l'hystérie mâle forme des associations fréquentes avec la neurasthénie. Les états hystéro-neurasthéniques avec leurs formes traumatiques variées constituent surtout des psychonévroses de l'homme. Chez ce dernier, les formes dépressives sont plus fréquentes que chez la femme. L'hystérie mâle n'offre généralement pas les degrés extrêmes de désagrégation de la personnalité qu'on peut rencontrer dans l'hystérie de la femme. On pourrait dire que, chez l'homme, il y a plutôt rétrécissement que dissociation du champ de conscience. Il est utile cependant de faire une réserve pour les états d'hystérie mâle provoqués par l'intoxication alcoolique qui, par les altérations profondes qu'elle apporte aux mécanismes psychiques supérieurs, peut donner naissance à des troubles hystériques bruyants et dramatiques rappelant l'hystérie féminine (attaques convulsives, attitudes passionnelles).

III

Analyse et interprétation des différentes manifestations hystériques.

Les nombreux auteurs qui ont entrepris l'étude des manifestations hystériques ont cherché à ramener ces dernières à des causes psychiques, et, d'une manière générale, on peut dire que leurs efforts ont été couronnés de succès. Il a été relativement facile d'attribuer à la crise convulsive une origine psychique, d'y voir la manifestation exagérée d'un état émotif créé par certaines autosuggestions. Charcot a, le premier, fait ressortir le caractère idéogène de la crise hystérique en introduisant dans la description clinique le terme *d'attitudes passionnelles*. C'est bien, en effet, avant tout de la manifestation d'un état psychique passionnel qu'il s'agit ici. « Il suffit souvent », dit le prof. Dubois [1], « d'observer le détail des mouvements convulsifs, le geste, pour deviner le sentiment qui l'ont fait naître, la colère, la peur, le dépit, l'impatience. Les mouvements rythmiques du bassin trahissent l'état d'âme lascif, conscient ou inconscient, aussi bien chez la pudique jeune fille que chez la prostituée. Certaines crises hystériques ne sont que des accès de colère, des démonstrations exagérées de dépit. On reconnaît l'effroi dans les attitudes des malades qui ont subi une émotion violente, souvent au moment de leurs règles. Vous les voyez se mettre sur leur séant, se blottir dans leur lit le plus loin possible des assistants, fixer des yeux hagards sur le coin de leur chambre comme en proie à des hallucinations terrifiantes. »

« Il n'est pas rare de trouver chez des jeunes filles, des jeunes hommes, des états semi-comateux dans lesquels les malades restent étendus sur leur lit, sur une chaise longue, sur le sol, inertes, les mâchoires serrées, les yeux convulsivement fermés. Ils ont été froissés, contrariés et ils boudent. »

Comme le dit *Hellpach*, la crise hystérique est une pantomime.

On trouve, du reste, dans les manifestations de la vie normale, des phénomènes qui sont comme des esquisses, des ébauches de la crise hystérique proprement dite. *Raimann* [2] cite, en particulier, les mouvements et l'attitude par lesquels nous avons l'habitude d'exprimer un

---

[1] P. Dubois. Les psychonévroses.

[2] Raimann. Loc. citat.

état d'attente ennuyeuse, en nous étirant : nous opérons une extension des bras que nous élevons horizontalement dans un plan parallèle au corps ; tous les muscles, en particulier ceux de la nuque et du dos, entrent dans un état de contraction tonique. La tête esquisse un mouvement d'opisthotonus, au besoin nous y joignons des secousses rythmées des deux bras.

Briquet[1], déjà, avait vu l'analogie qui existe entre les manifestations émotives de l'individu normal et l'attaque hystérique. Après avoir décrit les différents troubles provoqués par un état émotif intense : malaises, gêne de la respiration, sentiment de compression à la région épigastrique, vertiges, tremblements, contractions musculaires, sanglots, et finalement la perte de connaissance, Briquet fait remarquer que ces troubles ne sont, en somme, que les phénomènes fondamentaux de l'attaque hystérique : « Une attaque d'hystérie simple ne saurait donc être que la répétition exacte des troubles par lesquels se manifestent les impressions morales vives ou pénibles. On comprendra plus facilement que plus les sujets qui éprouvent ces impressions sont excitables, que plus ils sont hystériques, plus les phénomènes qui se produiront auront de violence et seront nombreux. Une hystérique est un sujet chez lequel ces manifestations se font avec facilité et comprennent dans leur champ un nombre d'organes d'autant plus étendu qu'il s'en trouve qui, par leur habitude d'être mis en mouvement, sont prédisposés à entrer dans ces manifestations. »

Bernheim[2] fait remarquer que « toutes les transitions existent entre l'ébauche d'hystérie à peine esquissée qu'on peut appeler normale et physiologique et la grande crise convulsive suffocante constituant la grande crise ».

Sans recourir à l'hypothèse d'un appareil hystérogène spécial, ainsi que le veut Bernheim, on peut admettre que certains individus ont une grande facilité à traduire leurs états de conscience par les manifestation motrices de la crise hystérique. Il s'agit, d'après Raimann, d'un mécanisme préétabli qui, au contraire de ce qui se passe chez l'homme normal, peut, chez les hystériques, être actionné par les processus psychiques de telle façon que, par répétition fréquente, les malades arrivent à pouvoir disposer de ce mécanisme presque volontairement. Ils finissent quelquefois par avoir la faculté de reproduire la crise par la seule évocation de celle-ci.

Il est intéressant de constater que, dans l'esprit des auteurs modernes, l'importance des zônes spasmogènes et spasmo-frénatrices a diminué dans de fortes proportions. Bien peu accordent encore, par exemple,

---

[1] Cité d'après PITRES. Leçons cliniques sur l'hystérie. Tome I, Paris, 1891.

[2] BERNHEIM. Loc. citat.

à la pression de la région ovarienne la propriété spécifique de supprimer la crise hystérique et la plupart s'accordent à voir dans les faits de cet ordre, invoqués par les auteurs plus anciens, des actions suggestives ou, du moins, des actions physiologiques dont l'intensité est augmentée dans une très grande mesure par le psychisme du sujet. La malade dont je citais plus haut la confession trouvait dans la pression exercée par le médecin sur la région ovarienne un moyen commode et honorable de sortir de son état de crise, parce qu'elle le savait conforme aux traditions médicales auxquelles son médecin était attaché.

Binswanger[1], pour ne citer que le dernier auteur allemand qui ait publié sur l'hystérie une œuvre d'ensemble, adopte absolument les idées de Bernheim sur ce point et ajoute : « Nous sommes d'avis que le mécanisme de l'attaque hystérique n'est pas actionné directement par des excitations périphériques spéciales et que la théorie des zônes hystérogènes édifiée avec tant de soin par les auteurs français doit faire place, en dernier ressort, à l'action psychique exercée par le médecin sur son malade. »

Force est bien de constater que la plupart des stigmates classiques de l'hystérie sont en train de subir la même disgrâce que les zônes hystérogènes. Les auteurs décrivent bien encore les troubles de la sensibilité rencontrés chez les malades, les hémianesthésies, les anesthésies localisées, les zônes hyperesthésiques, le rétrécissement du champ visuel, mais sans attribuer à ces troubles l'importance capitale, la valeur de stigmates distinctifs que leur attribuaient naguère les auteurs de la grande époque descriptive de l'hystérie. Depuis que le caractère essentiellement capricieux de ces troubles a été ramené, en particulier par l'école de Nancy, à des actions suggestives, on a même été jusqu'à nier l'existence d'anesthésies chez des sujets absolument vierges de toute investigation médicale antérieure. Ainsi *Babinski*[2] émet l'opinion « que ces phénomènes sont le produit de l'autosuggestion, ou plutôt de la suggestion inconsciente du médecin... L'interrogatoire du malade, les questions qu'on lui pose ordinairement, quand on explore sa sensibilité, peuvent suffire pour éveiller dans son esprit l'idée d'une hémianesthésie ou d'un trouble visuel... Les symptômes appelés stigmates ne sont pas des phènomènes permanents, ils ne se développent pas à l'insu du malade, ils font défaut tout au moins dans la grande majorité des cas, quand l'examen est pratiqué avec les méthodes que j'ai indiquées (en excluant la possibilité d'une suggestion) ; ils n'ont donc point, tant s'en faut, l'importance fondamentale qu'on leur attribue et la conception classique ainsi que la

---

[1] Binswanger. Loc. citat. 99

[2] Babinski. Ma conception de l'hystérie, etc. 1906.

définition de l'hystérie fondées sur leur existence se trouvent ébranlées dans leur base. »

En Allemagne, *Kraepelin* et son école ne jugent pas que les stigmates puissent seuls permettre d'attribuer à une psychose un caractère hystérique. *Raimann*[1] ne tient pas non plus pour possible que l'examen des troubles somatiques en question suffise pour permettre de déclarer hystérique un état mental morbide, bien que, dans certains cas douteux, le diagnostic différentiel trouve dans la présence de tel ou tel « stigmate » un précieux adjuvant. « Il ne faut pas oublier », dit cet auteur, « que le symptôme isolé importe toujours beaucoup moins que les caractères généraux de la maladie, sa psychogénie. »

Certes, le médecin aurait tort de pousser le mépris des stigmates jusqu'à négliger de rechercher chez un malade les troubles en question. Leur absence ne l'autorisera pas à repousser le diagnostic d'hystérie, mais leur présence apportera à l'interprétation du cas une contribution importante, n'aurait-elle pour effet que de rendre plus évident le degré de suggestibilité du sujet. Seulement, le médecin qui a en première ligne le souci de guérir son malade n'accumulera pas des examens qui pourraient avoir pour conséquence la fixation et l'organisation des troubles, par effet suggestif. « Dès le début de ma carrière », dit à ce sujet le prof. *Dubois*[2], « j'ai eu l'impression qu'il ne fallait pas rechercher les symptômes chez les hystériques, que les constater c'est les faire naître. Aussi ai-je l'habitude de faire dès les premiers jours les constatations utiles, de les noter, puis je renonce à des examens ultérieurs. Pendant le reste de la cure, je ne regarde plus les jambes paralysées, je n'interroge plus la sensibilité au moyen de l'aiguille ».

Que les troubles qualifiés de stigmates naissent du fait de l'action suggestive du médecin ou qu'ils se produisent en apparence spontanément chez le malade, dans tous les cas, leur origine psychique est incontestable. Les travaux classiques de *Janet*, sur l'anesthésie hystérique, quelques objections de détail qu'on puisse formuler à leur égard, n'en ont pas moins abouti à faire rentrer les troubles anesthésiques dans le domaine des stigmates mentaux. « L'anesthésie hystérique », conclut Janet[3], « est une maladie de la personnalité ». *Mœbius*, pour exprimer le caractère psychique de l'anesthésie, disait : « Les hystériques anesthésiques sentent, mais ils ne le savent pas ».

Pour certains troubles moteurs tels que l'astasie, les paralysies diverses, les contractures, quelques formes de tremblements et de tics, l'origine psychique a pu être facilement déterminée, soit qu'il s'agisse

---

[1] Raimann. Loc. citat.

[2] Dubois. Les Psychonévroses.

[3] P. Janet. Etat mental des hystériques.

de véritables autosuggestions, soit que, comme Janet a cherché à le démontrer pour les états de catalepsie et de contracture, ces altérations du mouvement soient la conséquence de phénomènes subconscients.

Il en est de même pour beaucoup de troubles de la sphère sensorielle, troubles de l'appareil visuel, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, qui relèvent des mêmes causes que les troubles de la sphère sensitive.

Quant aux manifestations douloureuses à localisations si diverses : névralgies, myalgies, viscéralgies, arthralgies, rencontrées chez les hystériques, il est également facile de reconnaître la part prépondérante qui revient, dans la genèse de ces troubles, à l'élément psychique, en particulier à l'attention anxieuse portée par le malade sur telle ou telle région du corps, siège peut-être d'un traumatisme ou d'une altération orgaganique insignifiante. Les « algies » peuvent être aussi l'expression des phénomènes de conversion décrits par Breuer et Freud. Une origine semblable peut être également attribuée à un grand nombre de troubles viscéraux tels que l'aphonie, la toux nerveuse, le hoquet, les vomissements, certains troubles de la miction, etc., etc.

Il existe cependant dans les états hystériques des troubles dont l'origine psychique n'apparaît pas aussi clairement que ce n'est le cas pour les troubles cités jusqu'ici. Je mentionnerai, entre autres, certains troubles pupillaires, mydriase, immobilité pupillaire, observés par quelques auteurs dignes de foi, en particulier après les attaques, les modifications des réflexes tendineux, les troubles dans le domaine vaso-moteur, (œdèmes, formation de phlyctènes), les troubles trophiques (ulcérations, gangrène spontanée), certaines perturbations de la fonction cardiaque, de la température centrale, etc. Bien que ces différents troubles ne dépendent pas directement des représentations mentales du malade et ne possèdent pas le caractère distinctif des manifestations hystériques exigé par Babinski, de pouvoir être reproduits exactement par la suggestion, il n'en est pas moins vrai qu'on les rencontre fréquemment associés, dans les états hystériques, aux symptômes portant le caractère autosuggestif.

La présence de ces troubles ne me paraît pas constituer pour l'interprétation de l'hystérie une difficulté insurmontable, si l'on tient compte des perturbations profondes que doit nécessairement entraîner dans toutes les fonctions cérébrales sans exception la modification hystérique de la mentalité. Cette dernière confère aux fonctions cérébrales inférieures, automatiques, une activité désordonnée, établit des irradiations nerveuses anormales qui permettent aux états de conscience d'actionner certains mécanismes physiologiques soustraits d'ordinaire à leur influence. Les réactions émotionelles sont amplifiées, perverties. L'hystérie constitue, pour ainsi dire, un bouleversement des fonctions cérébrales qui, partant de ce que Grasset appelle le psychisme supérieur, se propage à tous

les étages des centres nerveux. L'hystérie entraîne une modification de la caractéristique de réaction individuelle. On est en droit d'admettre que la persistance des troubles hystériques, la répétition fréquente d'influx nerveux anormaux, ce que les Allemands appellent « Bahnung », finissent par produire dans le cerveau des modifications structurales durables. Certains troubles physiologiques tels que ceux de la sphère vaso-motrice. les modifications des réflexes tendineux, prennent alors une existence indépendante de l'activité psychique supérieure. Le pas qui séparait encore les troubles purement fonctionnels de la névrose et ceux liés à une modification structurale est alors franchi. Nulle part cette transition entre les troubles purement fonctionnels et les états nerveux organiques ne peut être mieux observée que dans les cas de névroses traumatiques, où l'on peut voir des troubles dépendant à l'origine du psychisme, prendre peu à peu l'évolution caractéristique des lésions organiques. *Bernheim*[1] a insisté particulièrement sur ces cas et résume sa pensée à ce sujet en disant : « La diathèse nerveuse réveillée par un choc moral ou traumatique ne crée pas seulement des troubles nerveux dynamiques ou psychiques, neurasthéniques ou hystériques, mais elle crée aussi des évolutions organiques dans le système nerveux ».

A propos des troubles qui, dans l'hystérie, ne peuvent trouver une explication psychologique, il faut remarquer qu'on les rencontre presque exclusivement dans les cas d'hystérie grave, invétérée, à manifestations multiples. Les troubles de la sphère vaso-motrice tels que les œdèmes, les hémorrhagies cutanées et viscérales, les troubles graves de la nutrition générale, les anomalies de la température du corps, ne surviennent guère que chez les grands sujets hystériques qui offrent en même temps des modifications profondes dans la sphère psychique. Chez ces malades, les anomalies nerveuses fonctionnelles tendent vers la fixation et l'organisation. On rencontre également ces troubles d'une nature équivoque et d'une interprétation difficile dans les cas où le diagnostic hésite entre la névrose et l'affection nerveuse organique. Quand, par exemple, on parcourt les contributions des différents auteurs à l'étude des phénomènes pupillaires hystériques, on est obligé de reconnaître que, dans la grande majorité des cas, un doute subsiste sur leur nature purement fonctionnelle. On a décrit la présence de symptômes hystériques dans un grand nombre d'affections organiques cérébrales et médullaires ; en particulier l'association de l'hystérie et de tumeurs cérébrales a été souvent signalée, et dans ces cas, la pénétration intime de deux catégories de symptômes ne permet souvent pas de faire le départ de ce qui revient à l'hystérie et de ce qui ressort à l'affection organique. Des difficultés du même ordre naissent de la combinaison de l'hystérie avec des

[1] Bernheim. Loc. citat.

états migraineux à la base desquels on est obligé d'admettre des modifications cérébrales de nature organique, tout au moins dans le domaine vasculaire.

J'observe actuellement une malade d'une cinquantaine d'années dont les troubles hystériques sont greffés sur un tempérament migraineux. Les attaques de migraine qui sont apparues dès l'enfance ont peu à peu augmenté d'intensité et de fréquence. A la suite de peines morales d'ordre intime, la malade a versé dans l'hystérie, dont les manifestations ont consisté tout d'abord dans l'amplification des troubles migraineux: céphalée aboutissant à une perte de connaissance plus ou moins complète, vomissements à caractère incoercible persistant dans l'intervalle des migraines. Puis se développa une anorexie devant laquelle trouvaient cependant grâce des sucreries dont la malade faisait en cachette une grande consommation, tout en paraissant pour son entourage le prodige qui a résolu le problème de vivre sans manger. A la ménopause, les manifestations psychiques et nerveuses prirent un degré d'acuité extrême, la malade présentant des états de crises subintrantes d'une durée de huit à dix jours, pendant lesquels l'alimentation ne consista qu'en un peu de liquide, vraies crises de sommeil hystérique, mais compliquées par l'état cérébral migraineux qui se traduisait par une céphalée intense, une lividité cadavérique de la peau, des œdèmes du front et de la région oculaire. L'état de la malade arrivée au dernier degré de la dénutrition prit à un certain moment un caractère comateux si prononcé, compliqué par l'apparition d'eschares sacrées et d'élévations de température, qu'on put songer au diagnostic de tumeur cérébrale. La malade eut-elle conscience de l'arrêt fatal prononcé à son égard, se rendit-elle compte de la gravité de la situation et reconnut-elle la nécessité de ne pas persister plus longtemps dans sa volonté de maladie? Quoi qu'il en soit, elle sortit peu à peu de son coma et reprit des habitudes d'alimentation à peu près normales, sans vomissements ni céphalée pendant environ quinze jours; puis, ayant amélioré son état de nutrition, elle retomba dans son anorexie ancienne, maintenue cependant dans des limites compatibles avec les exigences de l'activité quotidienne. Pendant plusieurs semaines qui suivirent cette période critique, j'observai chez la malade des œdèmes siégeant surtout au niveau des grandes articulations, avec arthralgies et légères élévations de température (jusqu'à 38°). Le caractère fugitif de ces œdèmes, leur extension au membre entier, l'absence de rubéfaction, ne me parurent pas autoriser le diagnostic de rhumatisme inflammatoire aigu ordinaire. La malade, du reste, tout en se plaignant de ces troubles, n'en paraissait guère incommodée, n'en vaquant pas moins à ses occupations habituelles, et peu à peu, comme un effet qui s'use, ils disparurent complètement. Certes, je n'irai pas jusqu'à donner à ces élévations de température le nom

de fièvre hystérique. On peut invoquer pour elles une origine infectieuse (eschares ?) ; cependant, il est à mon avis probable que, chez la malade, l'état hystérique, c'est à dire l'élément purement psychique, a joué un rôle important, sinon dans l'origine de ces phénomènes, du moins dans leur mode d'évolution,. Il en est probablement de la fièvre hystérique comme de bien des manifestations controversées de l'hystérie : des troubles ayant une origine matérielle prennent dans l'hystérie, par suite de mécanismes nerveux encore inconnus, une amplification anormale et le caractère de troubles échappant aux lois de causalité ordinaire de la pathologie.

Le cas en question est un exemple de la complication que peut présenter le tableau clinique d'un état hystérique lorsque ce dernier se développe chez un sujet en puissance de diathèse nerveuse organique. Or chez notre malade, le diagnostic d'hystérie pouvait s'appuyer bien moins sur la présence de certains stigmates tels que l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel, que sur les modifications typiques de sa mentalité. Intelligente et cultivée, la malade versa peu à peu dans un égoïsme monstrueux, mettant à une rude épreuve son entourage par ses exigences, ses doléances de martyre, ses allégations contradictoires et mensongères ayant souvent le caractère de vraies diffamations. Dans la période la plus critique, les troubles mentaux constituèrent une véritable psychose avec délires et hallucinations. Il s'agit ici d'un de ces états hystériques au cours desquels peuvent se présenter tous les symptômes susceptibles d'être attribués à cette forme de psychonévrose. A la vérité, en considérant certains de ces symptômes, nous sommes loin des troubles ayant uniquement le caractère d'autosuggestions.

Il nous reste, pour achever l'interprétation de la symptomatologie de l'hystérie, à considérer les troubles purement psychiques, soit les amnésies, les délires, les hallucinations et les modifications du caractère.

Les amnésies hystériques ont été magistralement étudiées par *P. Janet*, qui leur attribue les mêmes caractères qu'aux anesthésies et les considère, au même titre que ces dernières, comme les manifestations de la dissociation de la personnalité, comme une forme de la distraction : « Il y a des distractions de mémoire comme des distractions de sensations, et elles amènent des oublis comme celles-ci produisent des anesthésies [1] ». L'hystérique n'est pas plus gênée par son amnésie qu'elle ne l'est par son anesthésie ; le fonctionnement intellectuel n'en est pas troublé. « L'amnésie hystérique, dit *Raimann* [2], fait l'impression d'être volontaire ; elle peut être à tout instant modifiée par le malade lui-même qui sait exactement ce qu'il veut ne pas savoir. L'amnésie se

---

[1] P. Janet. Etat mental des hystériques.

[2] Raimann. Loc. cit.

rapporte à des faits qui lui sont désagréables ». Il y a là comme une *volonté d'amnésie* ou, comme dit Raimann, une *amnésie d'opposition,* tandis qu'on rencontre aussi chez les hystériques des amnésies appelées par cet auteur *abouliques*, parce qu'elles résultent de l'indifférence du malade, de son incapacité d'efforts volontaires.

P. Janet et Raimann font l'un et l'autre remarquer que des souvenirs absents en apparence peuvent, au contraire de qui se passe pour les troubles de mémoire de cause organique, être évoqués à nouveau lorsqu'on place le malade dans un état de distraction. Certains sujets de Janet, par exemple, révèlent la présence de ces souvenirs par l'écriture automatique, alors qu'interrogés directement, ils persistent dans leur amnésie. « Le malade trahit la présence de ses souvenirs dans l'état de distraction, dit l'auteur viennois. Quand on fixe son attention, quand on l'observe, il se rappelle pour ainsi dire qu'il est malade ; la question qu'on lui pose lui suggère l'amnésie ».

Raimann tient les amnésies pour une forme simple, improductive de troubles mentaux. Elles n'exigent pas d'activité créatrice. L'hallucination est déjà un trouble mental de forme plus active, soit que le malade se suggère l'hallucination parce qu'il se tient pour aliéné et sait que les hallucinations constituent un signe caractéristique de l'aliénation mentale, soit qu'il hallucine en raison de l'intensité d'un état émotif et du caractère plastique de ses représentations mentales.

On sait combien facilement les rêves prennent chez l'hystérique le caractère d'hallucinations terrifiantes, dont les apparitions de démons, la cohabitation avec le diable ont été chez les grandes hystériques du moyen âge l'expression la plus significative.

La faculté qu'ont les hystériques de se transporter dans un monde irréel, fantaisiste, conduit aux états délirants persistants, aux états somnambuliques, aux fugues ambulatoires, au dédoublement de la personnalité, ces formes ultimes de l'altération psychique hystérique.

Avec les états délirants nous sommes en plein dans le domaine de l'aliénation mentale ; mais il me semble que la nature de ce travail ne saurait soustraire le neurologiste à l'obligation d'y faire une courte incursion.

Tous les auteurs sont d'accord pour voir dans les états délirants des hystériques de véritables psychoses, soit que le délire constitue une des périodes de l'attaque hystérique, soit que, suivant l'expression de *Colin*[1], il puisse être considéré comme l'équivalent de cette attaque elle-même. Il s'agit dans ce dernier cas d'un délire de mémoire, tandis que dans la phase des attitudes passionnelles, on peut plutôt parler d'un délire sensoriel.

---

[1] Henri Colin. — Etat mental des hystériques, in « Traité de pathologie mentale » de Gilbert Ballet, Paris, 1903.

Ces manifestations délirantes survenant à titre épisodique au cours d'un état hystérique bien caractérisé n'offrent pas de difficultés à l'interprétation. Il n'en est pas de même lorsque se manifestent chez un sujet hystérique des troubles mentaux de durée, offrant la symptomatologie caractéristique de certaines psychoses. Ces états peuvent-ils être qualifiés de psychoses hystériques proprement dites où doivent-ils être considérés comme l'expression d'une autre psychose se développant parallèlement à l'hystérie sur la base commune de la dégénérescence mentale ? Je ne crois pas me tromper en disant que les aliénistes français actuels sont plutôt opposés à admettre l'existence de la folie hystérique. C'est du moins l'impression que m'a laissée la lecture du remarquable article de Colin sur l'état mental des hystériques dans le Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet. Colin conclut qu'en dehors des états délirants mentionnés plus haut « il ne s'agit plus d'hystérie pure, mais d'hystérie associée à la folie, auquel cas le délire peut revêtir toutes les formes de l'aliénation mentale. »

G. Ballet a fait ressortir la combinaison fréquente de l'hystérie et de la dégénérescence mentale et Colin est d'avis que ce que l'on décrit sous le nom de *folie hystérique* résulte d'une combinaison de la névrose avec la dégénérescence mentale héréditaire, les deux maladies évoluant côte à côte.

En Allemagne, l'opinion de *Joffroy* qui considère l'hystérie comme une des formes de la dégénérescence mentale est partagée par *Raimann*[1]. Pour ce dernier, la base de cette forme de dégénérescence est constituée par le caractère hystérique, sa manifestation élémentaire est l'attaque classique. « Il faut réserver », dit-il « la désignation d'hystériques aux manifestations qui, directement ou indirectement, dérivent de ce qu'on est convenu d'appeler généralement l'hystérie. On ne pourra faire le diagnostic de troubles mentaux hystériques que si les troubles en question procèdent des éléments fondamentaux du caractère hystérique ou de l'attaque délirante. »

Raimann admet l'existence de psychoses hystériques proprement dites auxquelles il attribue une grande diversité de formes, une symptomatologie très compliquée. Les formes varient suivant la personnalité de l'individu. Celles rencontrées chez l'enfant, chez la femme, ne ressemblent pas à celles de l'homme adulte. En somme, les psychoses hystériques peuvent emprunter la symptomatologie de toutes les pyschoses non hystériques et l'auteur viennois ne se dissimule pas les difficultés que peut présenter le diagnostic lorsqu'il s'agit, par exemple, de différencier une démence précoce d'un état purement hystérique.

En prenant pour base le matériel clinique de Vienne, Raimann

---

[1] Raimann. — Loc. citat.

arrive à une proportion de troubles mentaux hystériques qui atteint 11,1 % chez les femmes et 2,2 % chez les hommes, soit ensemble 5,7 %. Le matériel de la clinique d'Heidelberg donne à *Nissl*[1] une proportion beaucoup moins considérable, soit 1,5 % de troubles mentaux pouvant être qualifiés d'hystériques. Cette proportion réduite est, d'après Nissl, la conséquence de la méthode appliquée par Kraepelin à la classification des maladies mentales, soit la méthode de l'observation clinique substituée à la méthode symptomatologique généralement employée par les autres aliénistes. C'est par l'analyse clinique intégrale, qui doit prendre en considération les antécédents du malade, l'étiologie des troubles, le développement, la marche de la maladie, à côté de l'observation des symptômes, qu'on arrive, d'après Nissl, à considérer, par exemple, comme une démence précoce un état dont la méthode purement symptomatologique aurait pu faire un état hystérique.

Quant à la combinaison de l'hystérie avec d'autres psychoses, Kraepelin ne nie pas a priori que deux états morbides différents ne puissent se développer parallèlement chez un même individu, mais, contrairement à l'habitude trop fréquente d'admettre, pour l'explication de symptômes de types différents, l'évolution parallèle de deux états morbides, il cherche à donner à tous les groupes de symptômes une origine commune, ce qui est possible quand on ne donne pas une importance capitale aux symptômes isolés, mais qu'on a recours à l'analyse clinique.

Si Nissl tient les psychoses hystériques pour très rares et n'admet pas la combinaison de psychoses hystériques avec des psychoses d'autre nature, il constate par contre, qu'au cours de nombreux troubles mentaux simples, apparaissent des symptômes hystériques. C'est ainsi que, toujours d'après le matériel clinique d'Heidelberg, on rencontre chez 11,4 % des femmes aliénées des symptômes hystériques apparaissant soit au début soit au cours de la psychose. Toutefois, prétend Nissl, ce ne sont pas des symptômes d'hystérie proprement dits, mais des symptômes appartenant à ces états mentaux eux-mêmes, symptômes qui, au premier abord, présentent une similitude frappante avec les symptômes hystériques.

Nissl justifie cette opinion en n'attachant aux phénomènes qualifiés de stigmates hystériques qu'une valeur très secondaire pour le diagnostic de l'hystérie. On ne peut, d'après lui, appeler hystérique un symptôme que lorsqu'il apparaît chez un individu dont l'hystérie peut être sûrement démontrée d'autre part. Lorsqu'au cours de psychoses telles que la catatonie ou la mélancolie d'involution, on veut qualifier d'hystériques certains symptômes, il faut tout d'abord faire la preuve que les malades en question étaient hystériques avant l'éclosion de la psychose et le sont

---

[1] Nissl. — Loc. citat.

demeurés après l'évolution de celle-ci. Or l'hystérie est, selon Nissl, une maladie congénitale qui détermine un état particulier du système nerveux. Ce dernier se traduit cliniquement par ce qu'on appelle le *caractère hystérique* et manifeste en quelque sorte une activité continue en ce que des représentations mentales accompagnées d'un état émotif peuvent en tout temps provoquer des troubles somatiques passagers et différentes formes spéciales d'aliénation mentale.

J'ai tenu à exposer avec quelques détails l'opinion de Nissl parce qu'elle constitue une tentative intéressante d'interprétation des psychoses hystériques, qui, pour autant que j'en puis juger, a rencontré en Allemagne même bien des contradicteurs, mais encore parce qu'elle fait ressortir les inconvénients qui résultent du fait de considérer l'hystérie comme une maladie, comme une entité morbide.

Sans doute, en tenant l'hystérie pour une maladie congénitale du système nerveux, ayant une évolution et une symptomatologie spéciales, on réduit considérablement la fréquence du diagnostic de psychose hystérique et d'association de l'hystérie avec d'autres psychoses, mais on est amené aussi à attribuer d'une manière arbitraire à des psychoses diverses des symptômes jusqu'ici universellement reconnus comme hystériques. En considérant, au contraire, l'hystérie comme une forme d'altération psychique susceptible de se produire à des degrés divers chez certains individus prédisposés par leur tempérament nerveux, en particulier par le fait de la dégénérescence mentale, on admettra que, d'une part, des états franchement hystériques au début, puissent évoluer vers une forme plus grave de psychose fonctionnelle et que, d'autre part, au cours de ces mêmes psychoses, puissent apparaître des symptômes auxquels on conférera sans inconvénient la qualité d'hystériques. C'est, entre autres, l'opinion de *Binswanger* qui a fait maintes fois l'observation que la paranoia se développe souvent chez des sujets qui, au moment de la puberté, avaient présenté des troubles hystériques caractéristiques. *Furstner*, également, résume son opinion sur les psychoses hystériques en ces termes : « On peut voir toutes les formes d'aliénation mentale se développer chez les malades qui présentent à un degré plus ou moins prononcé les symptômes de la névrose, même lorsque l'attaque hystérique constitue le seul symptôme ». Furstner distingue deux groupes de troubles mentaux où l'élément hystérique peut intervenir :

1° des troubles comme l'hypochondrie, la mélancolie, la paranoia, qui se développent sur le terrain de l'hystérie et évoluent parallèlement aux symptômes de la névrose.

2° des troubles qui sont en relation directe avec les attaques et qui constituent les psychoses hystériques proprement dites.

D'une manière générale, on constate que la psychiatrie allemande accorde à la psychose hystérique une part plus importante que ne le

fait la psychiatrie française, tout en faisant intervenir dans une large mesure le facteur de la dégénérescence mentale. L'influence de Kræpelin a considérablement diminué l'importance attribuée autrefois aux associations de l'hystérie avec d'autres psychoses telles que la mélancolie, la manie, la paranoia, l'hypochondrie. Ou bien la psychose hystérique (hysterisches Irresein) peut revêtir la forme de l'une ou de l'autre de ces différentes psychoses, ou bien il s'agit de ces psychoses elles-mêmes, dans le cours desquelles peuvent se manifester des symptômes hystériques ou hystériformes.

On a souvent voulu attribuer aux hystériques un caractère spécial, distinctif, permettant, pour ainsi dire, de classer sans autre examen tel individu parmi les ressortissants de la névrose. Comme toujours quand il s'agit de la description des phénomènes hystériques, le tableau a fini par déborder le cadre qu'on avait voulu lui fixer au début et a dépassé les proportions de la carte d'identité commode qu'on espérait pouvoir établir. On a fait rentrer dans le caractère hystérique toutes les exagérations de la mentalité féminine, et le terme d'hystérique est devenu, dans l'esprit de beaucoup, la désignation élégante et scientifique de la femme excentrique et déséquilibrée. Il faut laisser cette conception aux littérateurs et faire appel à une appréciation plus rationnelle de la question. Du moment que nous refusons à l'hystérie le titre d'entité nosologique spéciale, il est clair que nous ne pouvons admettre l'existence d'un caractère hystérique spécifique ; nous ne pouvons décrire que les particularités intellectuelles et morales provoquées par la modification hystérique de la mentalité chez tel ou tel individu. Il est dès lors évident que ces particularités de caractère porteront la marque de grandes variations individuelles. Si l'hystérie peut accentuer telle ou telle tendance inhérente à la mentalité primitive du malade, il ne faudra pas attribuer à cette accentuation la valeur d'une manifestation spécifique de l'hystérie. « L'hystérie », dit *P. Janet*[1], « peut frapper des personnnes très différentes, des riches et des pauvres, des intelligentes et des sottes, des vertueuses et des vicieuses. Il ne faut pas mettre sur le compte de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement les mêmes si la maladie n'était pas survenue. Il ne faut donc décrire que les modifications du caractère, les transformations que la maladie a visiblement amenées avec elle dans la conduite des malades ».

Les particularités intellectuelles et morales présentées par les hystériques varieront suivant le degré qu'atteint chez eux la modification de la mentalité. Chez beaucoup, ces particularités ne dépasseront guère les limites attribuées aux manifestations de la mentalité moyenne ; on signalera chez l'hystérique une grande variabilité d'humeur, un esprit

[1] P. Janet. Etat mental des hystériques.

superficiel, une tendance exagérée à la rêverie, à la fantaisie, certains défauts mignons comme la vanité, la préoccupation d'étonner, d'attirer l'attention. Lorsque la modification hystérique de la personnalité est plus prononcée, le caractère offre alors certaines particularités assez typiques pour être l'objet d'une mention spéciale.

L'une de ces particularités est *l'égoïsme* observé chez tant d'hystériques. On connaît bien les exemples classiques de malades dont l'activité reste concentrée dans le cercle restreint de préoccupations relatives à leur propre personne. Plus qu'aucune autre particularité morale, cet égoïsme peut être mis sur le compte de la débilité mentale qui est à la base de l'hystérie. P. Janet[1] a raison quand il dit ; « Aimer autrui, c'est-à-dire comprendre autrui, c'est en réalité une activité mentale de luxe. Il faut pour y parvenir, ajouter à la synthèse de notre pensée une synthèse plus vaste que celle de notre propre personnalité. Ces pauvres êtres n'arrivent pas à se comprendre eux-mêmes, ils n'ont pas assez de force pour construire complètement leur propre personnalité ; aussi est-ce bien naturel qu'ils n'essayent pas de s'assimiler celle des autres. L'égoïsme est, chez les hystériques, un résultat de la faiblesse mentale, de la diminution de toutes les émotions sympathiques. »

L'égoïsme de l'hystérique se manifeste comme conséquence de cette volonté de maladie signalée plus haut. Les individus qui recherchent dans les ressources d'une imagination maladive une compensation à leur insuffisance vis-à-vis des exigences de la vie, tendent naturellement à se poser en victimes, à intéresser tout le monde à leur propre misère, au contraire du neurasthénique qui, le plus souvent, souffre en silence de ses insuffisances psychiques et s'abandonne au découragement.

L'altération mentale explique aussi une particularité morale souvent signalée chez les hystériques : la tendance au *mensonge* et à la *simulation.* Certains auteurs ont dépeint les hystériques comme des virtuoses du mensonge, les accusant de simulation voulue et réfléchie, jugement dont on pourrait excuser la sévérité s'il venait du public ignorant, mais qu'on s'étonne de voir formuler par des esprits scientifiques. On a réagi contre cet opinion et opéré ce qu'on a appelé *la réhabilitation* des hystériques. Le prof. *Pitres*[2] s'est fait l'interprête de cette réhabilitation quand il dit : « On a beaucoup exagéré l'amour de ces malades pour la simulation et cela parce que l'on a systématiquement attribué à la supercherie les phénomènes qu'on ne comprenait pas ». A mon avis, il n'est pas plus nécessaire, à propos de cette question du mensonge, de réhabiliter aujourd'hui les hystériques qu'il n'était juste de les accuser autrefois. Partant d'un point de vue strictement déter-

---

[1] P. Janet. Loc. citat.

[2] Pitres. Loc. cit.

ministe, je tiens toute altération de la vérité pour une manifestation pathologique de l'esprit, qu'elle survienne habituellement chez un hystérique et un aliéné ou accidentellement chez un individu considéré comme bien portant. Comme dit *Janet*, « le mensonge comme le péché sont des mots de la langue du moraliste qui ne devraient pas avoir place dans la langue médicale. »

Certes les hystériques mentent souvent, mais, à vrai dire, il serait étonnant qu'ils ne mentissent pas, si l'on tient compte de leur mentalité. L'hystérique vit dans un monde irréel, il est la victime de ses autosuggestions et commet des erreurs d'appréciation de la réalité qu'il est incapable de corriger. Je ne parle pas même de ces cas où la désagrégation mentale conduit jusqu'à l'amnésie, au dédoublement plus ou moins complet de la personnalité. Une mentalité débile comme celle de l'hystérique doit nécessairement avoir le mensonge comme manifestation ; c'est encore ici qu'apparaît l'analogie qui existe entre la mentalité physiologiquement débile de l'enfant et la mentalité hystérique. *Dupré* a particulièrement mis en lumière la tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires, ce qu'il appelle la *mythomanie,* tendance commune à l'enfant et à l'hystérique. Chez les deux, le mensonge apparaît soit comme la conséquence d'autosuggestions soit comme moyen de se soustraire aux exigences trop grandes de la réalité, comme manifestation partielle de la volonté de maladie. Cette dernière forme de mensonge se rencontre d'une façon particulièrement marquée dans les cas d'hystérie mâle rentrant dans la catégorie des névroses traumatiques. « Les troubles présentés par le malade sont-ils réels ou simulés ? » Telle est la question qui se pose pour le médecin chargé d'apprécier les conséquences d'un accident au point de vue des responsabilités civiles entraînées par ce dernier. La lutte pour l'indemnité joue, nous l'avons signalé déjà, dans la genèse des troubles nerveux post-traumatiques, un rôle considérable. Elle favorise chez l'homme la volonté de maladie et conduit à l'hystérisation de la mentalité. Dans son désir de se voir indemnisé, l'individu chez lequel l'accident a souvent produit un ébranlement psychique, émotionnel, considérable, a tout intérêt à ne pas paraître bien portant. De la simple exagération de troubles réels à la production par l'esprit de troubles ayant le caractère de simulations, il y a tous les degrés. Cependant, les cas sont relativement rares où il s'agit d'une simulation grossière, parfaitement consciente. Le plus souvent le malade est pris à son propre jeu, est entraîné au-delà de ses intentions primitives. Il finit par croire à la réalité de troubles dont il s'était fait tout d'abord une représentation mentale volontaire. La simulation devient ainsi un des symptômes de l'état mental pathologique.

On a dit que les actes des hystériques ont toujours quelque chose de

théâtral. C'est vrai ; mais il n'en faudrait pas conclure que ces actes soient toujours sans portée sérieuse pour autrui et pour le malade lui-même. Si l'hystérique est souvent un acteur, c'est un acteur incomparable qui interprète son rôle avec une telle vérité qu'il finit par s'incorporer avec lui. Aussi n'est-il pas inadmissible a priori qu'un hystérique pousse la vérité du rôle jusqu'à commettre un acte délictueux. Des exemples nombreux confirment, au contraire, cette assertion ; mais je n'aborderai pas ici un domaine qui a été l'objet, l'an dernier, du remarquable rapport de *Leroy*[1] sur la responsabilité des hystériques. Cependant, à propos de la réalisation des idées de suicide chez les hystériques, je m'associerai à l'opinion affirmative du prof. Pitres, ayant en mémoire l'exemple d'une malade qui, dans un état de confusion mentale hystérique, trompa la surveillance de sa garde et se précipita du haut d'un balcon situé au premier étage, heureusement sans se faire autre chose que des contusions sans gravité.

Résumé

Tous les efforts tentés jusqu'ici pour faire rentrer les innombrables troubles qualifiés d'hystériques dans le cadre d'une entité morbide ont été infructueux. L'hystérie considérée de la sorte apparaît comme un protée gigantesque et échappe à toute définition. Cherchant à définir l'hystérie par la description de ses manifestations, les auteurs ont dû renoncer à cette tentative qui les eût amenés à englober toute la symptomatologie des maladies nerveuses dans leur définition.

Récemment encore, le prof. Bernheim s'est élevé contre cette conception nosologique fâcheuse et revendique pour la crise seule la dénomination d'hystérique, donnant à tous les autres troubles considérés comme caractéristiques de l'hystérie (stigmates sensitivo-sensoriels, troubles moteurs, viscéraux, etc.), la valeur de manifestations ayant le caractère général de psychonévroses. Je suis parfaitement d'accord avec Bernheim quand il dit : « l'hystérie n'est pas une entité morbide », mais je n'irai pas jusqu'à résumer comme lui l'hystérie dans la seule crise. A mon avis, la crise, au même titre que les autres troubles en question, constitue la manifestation de processus psychiques anormaux auxquels on peut sans inconvénient appliquer la dénomination *d'hystériques.* Ils peuvent apparaître à titre épisodique chez certains individus ; ils sont souvent assez étendus et assez continus pour qu'on puisse parler d'une *hystérisation* de la mentalité. En somme, l'hystérie est la manifestation

[1] R. Leroy. La responsabilité des hystériques. Congrès de Lille 1906.

psychopathologique par excellence, l'expression la plus primitive, la plus ordinaire des faiblesses inhérentes à la mentalité humaine.

Les conditions psychiques favorables au développement de troubles hystériques sont, à mon avis : une imagination fantaisiste, un irrationalisme mental conduisant l'individu à une notion inexacte des réalités, à l'expression anormale de ses états affectifs et finalement à un changement plus ou moins complet de sa personnalité.

Or ces particularités psychiques ne sont pas l'attribut d'un type mental déterminé. Il n'y a pas de mentalité hystérique proprement dite. La modification hystérique peut atteindre des mentalités très différentes les unes des autres ; elle se produit chez l'enfant insouciant et gai, chez la femme sensible et impressionnable, chez l'homme soucieux et morose, se modelant exactement sur le tempérament habituel de l'individu. C'est pour cette raison que l'hystérie se présente sous des aspects différents suivant les conditions ethnologiques et sociales des individus. Nous avons déjà tenu compte des caractères différents offerts par l'hystérie enfantine, l'hystérie féminine et l'hystérie mâle. Je dirai que, par l'exagération de certains mécanismes psychiques existant à un degré plus ou moins marqué chez tous les individus, la mentalité peut présenter des modifications à caractère hystérique souvent passagères et accidentelles, assez prononcées parfois pour constituer une forme clinique distincte de psychonévrose. Les manifestations hystériques peuvent d'ailleurs apparaître au cours d'affections mentales vésaniques (mélancolie, manie, paranoia, psychoses dégénératives diverses) ; on les a signalées même au cours de la paralysie générale ; on peut les voir s'associer à d'autres affections organiques du système nerveux (foyers apoplectiques cérébraux, tumeurs de l'encéphale) ; elles peuvent faire partie du tableau clinique de certaines intoxications (alcool, oxyde de carbone) ; enfin, nous avons vu qu'elles impriment aux états simplement neurasthéniques certains caractères qui justifient le terme d'hystéro-neurasthénie.

Il faut constater que, de plus en plus, se manifeste aujourd'hui la tendance de refuser à l'hystérie le caractère d'entité morbide pour en faire une modalité des altérations psychiques comprises sous le nom de psychonévroses. Cette tendance se reflète dans la définition de *Babinski*, dans celle de *Crocq*, dans les idées émises à ce sujet par le prof. *Dubois*. Quand les auteurs considèrent encore l'hystérie comme une maladie spéciale, on devine chez eux le secret espoir de pouvoir lui attribuer un jour un substratum anatomique, une localisation cérébrale particulière.

Nous avons vu que les états hystériques dérivent par des transitions insensibles de la mentalité ordinaire. La modification hystérique de la mentalité est constituée par l'exagération et la perversion de réactions psychiques et psycho-physiques qu'on rencontre chez l'individu normal. Je mentionnerai, en particulier, les réactions émotionnelles et les mani-

festations de la suggestibilité. Nous avons pu retrouver dans la mentalité de l'enfant la base de toutes les manifestations hystériques et parler d'une hystérie infantile physiologique. Nous avons vu l'hystérie, chez l'adulte, étroitement liée à certaines conditions psychiques qui représentent, en somme, une régression de la mentalité vers le type infantile, caractérisé surtout par un défaut de jugement logique. Nous avons vu l'hystérique, entraîné par ce défaut initial dans un système d'autosuggestions qui finissent par troubler profondément sa personnalité. Nous avons appris à connaître l'importance des causes morales pour le développement des états hystériques. A ce point de vue, nous pourrions considérer l'hystérie comme un mode de réaction anormal de l'individu à l'égard des exigences de la vie. Ce mode de réaction anormal est souvent la conséquence des entraves que l'ordre moral et social apporte à l'expression des tendances naturelles de l'homme. Nous avons accordé aux phénomènes de refoulement une grande importance dans la genèse de l'hystérie, surtout chez la femme, plus exposée par sa mentalité à ressentir les imperfections de sa position sociale. Nous avons reconnu la même origine à l'hystérie du prolétaire.

D'une manière générale donc, on peut dire que la modification hystérique de la mentalité a pour point de départ un défaut de jugement conduisant à une conception erronée des situations réelles, à un défaut d'adaptation à celles-ci. L'hystérie est avant tout une maladie d'évolution de l'esprit humain ; elle représente une brisure dans le développement de la mentalité. Aussi l'hystérie, dans sa forme pure, est-elle la maladie des individus jeunes, comme elle est aussi la maladie de l'enfance de l'humanité. On la rencontre rarement chez le vieillard dont la mentalité a terminé son évolution. Malgré certaines analogies, on ne peut assimiler la mentalité du vieillard à celle de l'enfant. Celle-ci possède une puissance d'imagination et de désir qui fait défaut à celle-là. De même, je crois qu'il serait facile de montrer que l'hystérie a été l'attribut des phases évolutives de l'humanité. Elle apparaît dans l'histoire chaque fois que les aspirations de l'esprit humain sont contenues et réprimées par les lois d'airain de l'ordre établi, dans les périodes qui précédent les grandes révolutions morales, sociales et politiques. Le meilleur exemple nous en est fourni par le moyen âge qui a été l'époque classique de l'hystérie des masses, période d'enfantement de l'individualisme, suivant l'expression d'Hellpach, où toutes les puissances conservatrices, l'Eglise en tête, s'unissaient pour arrêter l'essor de l'humanité vers le progrès. Je ne crois pas que l'hystérie puisse être considérée comme l'attribut des peuples ayant une civilisation trop raffinée. C'est aussi l'avis de Mœbius. Elle n'appartient pas plus aux périodes de décadence des peuples qu'à la période de décadence de l'individu, la vieillesse. Elle se manifeste chez les individus dont la mentalité représente un

stade primitif dans l'évolution mentale de l'espèce, ainsi chez l'enfant.[1]

Certaines classes d'individus présentent également une mentalité qui constitue pour l'hystérie un terrain de culture favorable. Ce sont, d'une part, les individus appartenant aux populations rurales et, d'autre part, au prolétariat ouvrier. C'est parmi les ressortissants des campagnes qu'on rencontre actuellement les états hystériques les plus purs ; on observe encore de temps en temps dans quelque village reculé une épidémie d'hystérie rappelant les faits classiques de ce genre relatés au moyen âge. L'hystérie est la modification psychique morbide de choix des individus à mentalité simple et naïve, transportés dans des conditions d'existence nouvelles auxquelles ils ne s'adpatent que difficilement. On connait l'importance du contingent que livrent à l'hystérie les filles de la campagne en condition de domestiques à la ville. Je ne crois pas me tromper en disant que l'émigration des campagnes vers la ville, en raison des efforts d'adaptation qu'elle impose à l'individu, constitue une cause importante de l'hystérie moderne. Nous avons déjà vu le rôle prépondérant des aspirations du socialisme dans l'hystérie du prolétariat ouvrier, considéré aujourd'hui par Hellpach comme l'équivalent de l'hystérie des masses du moyen âge. L'hystérie est la réponse ordinaire aux exigences de la vie chez tous les déracinés et les désenchantés qui présentent encore la simplicité des réactions psychiques de l'enfant.

Je ne crois pas qu'on puisse considérer l'hystérie uniquement comme une manifestation de la dégénérescence mentale, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs. D'une manière générale, on peut dire qu'elle est une manifestation de l'insuffisance mentale. Or ce terme d'insuffisance n'a rien d'absolu. On ne peut parler d'insuffisance mentale chez un individu que par rapport aux conditions dans lesquelles cet individu est appelé à vivre. L'insuffisance mentale indique une disproportion entre les aptitudes mentales de l'individu et les exigences imposées par la vie. Il y a une débilité mentale qui peut être physiologique en soi, comme chez l'enfant, et, dans une certaine mesure, chez la femme; de même, elle peut être l'attribut de la mentalité moyenne d'une race, d'un peuple, d'une caste. Suivant les conditions extérieures, cette débilité deviendra insuffisance et pourra donner lieu à des manifestations pathologiques telles que l'hystérie.

A côté des formes d'hystérie qu'on pourrait qualifier *d'évolutives* parce qu'elles ne constituent, en somme, qu'un accident dans l'évolution mentale de l'individu ou de l'espèce, il faut faire une part considérable aux hystéries qui se développent sur le terrain névropathique héréditaire, aux formes *d'hystérie dégénérative*. La dégénérescence peut ramener la

[1] On peut invoquer à ce sujet la loi fondamentale de la biogénèse établie par HÆCKEL, suivant laquelle l'ontogénèse, c'est à dire le développement de l'individu est la récapitulation rapide de la phylogénèse, c'est à dire du développement de l'espèce.

mentalité à un type inférieur qui se rapproche, par quelques particularités, du type infantile. L'altération psychique est souvent partielle ; elle peut, par exemple, laisser subsister de brillantes facultés intellectuelles à côté d'une oblitération du sens moral (dégénérés supérieurs) ; elle prédispose à l'hystérie quand elle diminue chez l'individu les qualités de jugement et de critique raisonnable, faisant de ces individus des débiles mentaux qui sombreront dans la psychonévrose pour peu que les conditions de l'existence leur soient défavorables.

Les formes hystériques de dégénérescence se rencontreront plutôt dans les classes supérieures de la société moderne, dans ce qu'on peut appeler les classes bourgeoises. Ces formes présentent plus rarement les caractères de l'hystérie pure, massive. La dégénérescence mentale s'affirmera par des combinaisons de symptômes hystériques et de symptômes appartenant à d'autres états psychopathologiques. La combinaison avec des états migraineux, par ensemble, sera fréquente. L'hystérie sera souvent difficile à différencier de ces états psychiques morbides d'une classification difficile, désignés par Janet sous le terme de *psychasthénie*. L'altération hystérique pourra évoluer vers la psychose pure, la paranoia, la démence précoce.

On peut rapprocher des formes hystériques de dégénérescence les états hystériques qui se développent à la faveur d'une intoxication chronique, telle que l'intoxication alcoolique, comme en général tous les états hystériques à la base desquels on peut invoquer la présence de certaines altérations cérébrales organiques (syphilis cérébrale, tumeurs). On pourrait parler ici d'une *hystérie symptomatique*.

L'hystérie constitue-t-elle une modification morbidé de la mentalité plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois ? Quel est l'avenir de l'hystérie? Telles sont les questions qui intéressent à la fois le médecin et le psychologue.

Il est bien difficile de résoudre la première question en s'appuyant sur les données de la statistique presque impossibles à réunir en cette matière. Cependant, je crois que l'étude historique de l'hystérie permet d'affirmer que certaines formes d'hystérie ont diminué de fréquence à la suite des progrès de la civilisation. Ce sont tout d'abord les hystéries collectives affectant toute une population, telles qu'on les a décrites au moyen âge sous le nom d'épidémies saltatoires, puis les formes individuelles ressortissant au mysticisme religieux, à la croyance aux esprits, aux démons.

Des manifestations de ce genre se présentent encore aujourd'hui, mais d'une manière plus isolée et avec un caractère plus bénin qu'autrefois. Quoi qu'on en dise, les progrès de l'instruction ont, dans la plupart des pays civilisés, fait reculer les bornes de la crédulité. La foi du charbonnier se fait de plus en plus rare. Mais si la crédulité naïve a perdu

du terrain, elle n'a pas fait place pour cela à des qualités de saine logique et de critique raisonnable en proportion suffisante pour mettre l'homme à l'abri d'autosuggestions fâcheuses et d'une conception erronée des réalités. Si, aujourd'hui, l'esprit humain tend de plus en plus à se dégager de l'oppression qu'exerçaient sur lui, dans les époques antérieures, le despotisme religieux et le despotisme politique, si la liberté de pensée rencontre moins d'obstacles qu'autrefois, en revanche, la lutte pour le bonheur a pris un caractère plus âpre ; les revendications sociales, les luttes économiques constituent pour l'homme moderne une cause toujours renouvelée d'ébranlement moral. Abandonnant de plus en plus l'espoir des compensations futures, l'homme veut posséder et jouir immédiatement. L'impatience, l'irritabilité, les ambitions immodérées, l'idée que le bonheur consiste uniquement à accumuler les avantages matériels, prédominent chez l'individu moderne. Rien d'étonnant, dès lors, que son nervosisme porte les marques de ces diverses influences et se distingue d'un nervosisme alimenté par les caractères différents de la mentalité d'autrefois. Le nervosisme moderne se traduira plutôt par des formes neurasthéniques ou psychasthéniques que par des formes purement hystériques. Les états hystériques sont encore fortement imprégnés de mysticisme, d'imagination, de fantaisie, de naïveté, de puérilité, qui appartiennent, pour ainsi dire, à l'âge d'or du nervosisme. La mentalité moderne est plus compliquée, elle prête à l'homme une imagination plus dépourvue d'idéal ; elle conduit aussi à des manifestations morbides plus adéquates à la réalité. On pourrait dire que le nervosisme s'est laïcisé en même temps que la mentalité.

L'hystérie reste encore l'apanage des mentalités primitives comme celle de l'enfant ; elle constituera encore longtemps la manifestation morbide de choix de la mentalité féminine plus soumise que celle de l'homme aux influences conservatrices. Cependant, il est à prévoir que le mouvement féministe contemporain, en exposant la femme à des conditions sociales analogues à celles auxquelles l'homme est soumis, lui fera partager les risques d'une névrose commune. Il me paraît déjà que, chez la femme, les états neurasthéniques tendent à supplanter les états hystériques.

Je crois qu'on peut considérer comme close l'ère des grandes manifestations hystériques collectives. L'homme possède aujourd'hui vis à vis des causes d'oppression intellectuelle, politique, sociale, des moyens de réaction qu'il ne possédait pas autrefois. La liberté de la presse, les institutions politiques démocratiques, les organisations ouvrières, lui permettent de manifester autrement que par l'hystérie son mécontentement. Par contre, l'hystérie, à titre de manifestation individuelle, n'est pas près de disparaître, car il serait téméraire d'espérer que les facultés de logique et de critique raisonnable domineront de sitôt l'activité psychique

de l'homme. La raison est trop souvent défaillante, elle est loin d'être affranchie de toutes les erreurs, de toutes les superstitions du passé et l'on peut reproduire aujourd'hui encore, sans y changer un seul mot, les paroles éloquentes que le grand *Georget*[1], au début du 19e siècle, consacrait à la superstition considérée par lui comme une des causes principales des maladies mentales : « Autant la vraie religion élève l'âme, autant les croyances et les pratiques superstitieuses la dégradent et l'avilissent. Aidé de la première, fille de la vérité, compagne de la philosophie, source inépuisable de félicité et de consolations, conditions puissantes du bonheur individuel et social, l'homme n'oppose de bornes à ses facultés que celles créées par la nature ; il les exerce et ne s'arrête que là où il ne lui est plus permis d'avancer ; il soumet tout à son investigation et à sa raison, et cherche encore, quoique infructueusement, mais sans crainte, à remonter aux causes premières des choses. Abruti par les superstitions, il ne pense plus par lui-même ; son intelligence, frappée d'interdiction, doit, comme de la cire molle, recevoir d'une impulsion étrangère sa force et sa direction ; sa volonté est celle de ses directeurs, il n'a plus de liberté morale. »

L'éducation morale de l'homme repose encore pour une trop grande part sur le principe de l'autorité transmis par l'Eglise ; elle fait dépendre la pratique du devoir de la crainte des châtiments et de l'espoir des récompenses. Elle n'incite pas l'homme à la recherche de la vérité pure et simple, au culte désintéressé du bien ; elle ne développe pas suffisamment chez lui le jugement, la saine logique, qualités nécessaires à la formation d'une conception morale élevée de la vie. C'est cette dernière qui permettra à l'homme de poursuivre avec sérénité le but qu'il s'est proposé dans la vie, sans préoccupations égoïstes, sans découragement ; c'est par elle qu'il échappera à l'action déprimante et dissolvante des émotions, qu'il acceptera avec résignation et stoïcisme l'inévitable et ne cherchera pas dans le subterfuge de l'hystérie un remède à ses insuffisances et une compensation à ses espoirs déçus. Il possédera, en un mot, cette maîtrise de soi-même qui est l'attribut de l'homme fort.

Nous en sommes arrivés, on le voit, à une *conception morale de l'hystérie*, ce qui me paraît la terminaison logique d'une étude qui a pour objet les manifestations pathologiques de l'esprit les plus intimément liées à la personnalité morale de l'homme. Si la psychologie est absolument indispensable pour l'analyse du mécanisme des phénomènes hystériques, elle ne peut, à elle seule, résoudre le problème complexe des origines de la modification hystérique de la mentalité. A mon avis, à toute conception psychologique de l'hystérie devra s'associer une conception morale de celle-ci. C'est surtout de cette conception morale que devra s'inspirer

---

[1] Georget. Loc. citat.

tout traitement rationnel de l'hystérie, comme l'a indiqué si éloquemment le prof. Dubois en préconisant pour les psychonévroses un *traitement moral* dans le sens le plus élevé de ce mot. L'analyse psychologique seule, quelque précieuse qu'elle soit, ne saurait aboutir, au point de vue thérapeutique qu'à des résultats partiels, à la suppression de tel ou tel symptôme. Pour atteindre l'hystérie dans son origine même, il faut pénétrer plus profondément dans la personnalité du malade, il faut l'aider à reconstituer sa synthèse mentale sur les bases d'une bonne logique, refaire son éducation morale, tâche compliquée, souvent ardue, mais vrai traitement de l'âme qu'aucun médecin ne saurait plus répudier aujourd'hui.

Conclusions

L'hystérie représente un état morbide de la mentalité, rentrant dans la catégorie des psychonévroses.

La modification hystérique de la mentalité repose sur un manque de jugement, de critique raisonnable, particularité qui est à la base de la mentalité enfantine, mais qui, chez l'adulte, peut être le résultat de la dégénérescence.

Le défaut de jugement se traduit par une appréciation fantaisiste des réalités, par une conception morale erronée de la vie. Il conduit à l'expression anormale des états émotifs, à la désagrégation de la personnalité, à la production d'actes subconscients et de phénomènes ayant le caractère d'autosuggestions, auxquels peuvent succéder des réactions psycho-physiques anormales.

DÉFINITION

ET

NATURE DE L'HYSTÉRIE

PAR LE

Dr CLAUDE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux

DÉFINITION

ET

NATURE DE L'HYSTÉRIE

PAR LE

Dr CLAUDE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin des hôpitaux.

De tout temps ont été signalées les manifestations d'un mal bien propre à frapper l'imagination et à retenir l'attention, par son expression terrifiante sous la forme de crises convulsives s'élevant jusqu'au dernier paroxysme de l'énergie psycho-motrice, ou par sa tendance à prendre subitement le masque d'une foule d'états morbides, et disparaissant un jour, sans laisser de traces, avec une rapidité qualifiée souvent de miraculeuse. — Et comme les médecins et surtout les philosophes, dont ce mal a particulièrement piqué la curiosité, se sont toujours plûs à formuler des hypothèses pour tenter d'expliquer les faits qui se prêtent le plus mal à l'analyse scientifique, dès la plus haute antiquité les troubles nerveux qui nous occupent sont attribués à « l'indignation de la matrice en mal de gestation, parcourant tout le corps, le jetant dans des dangers extrêmes, et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissant l'homme et la femme fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre ». C'est du moins ce que nous affirme Platon, dans le Timée, sur la foi des doctrines hippocratiques. Celles-ci, solidement implantées, prévalurent pendant la longue suite des siècles, malgré les rudes attaques de Galien et de quelques esprits indépendants du moyen âge, et leurs derniers échos pouvaient être perçus encore au dix-neuvième siècle : c'est à ces doctrines que nous devons le mot hystérie, qui a de si longues racines dans le passé qu'il nous serait bien difficile d'espérer le voir disparaître, d'autant plus que, pour le remplacer, il nous faudrait être sûrs d'être en possession d'une théorie nouvelle, inébranlable ; or les expressions qui nous ont été proposées, si elles sont bien adéquates aux

conceptions pathogéniques qu'elles résument, sont liées au sort de celles-ci. Au début du travail de critique que nous présentons nous ne devons pas préjuger de la valeur de ces dernières, aussi conserverons-nous le terme hystérie pour étiqueter le groupe de faits que nous devons étudier.

En acceptant la tâche que le congrès de Lille nous a fait l'honneur de nous confier, nous n'avions nullement caressé l'ambitieux espoir d'apporter des documents décisifs, capables d'éclairer d'un jour nouveau la question de la nature de l'hystérie. Nous avions considéré, et nous pensons encore, que notre rôle doit se borner à choisir et à mettre en lumière les éléments d'un débat rendu nécessaire par les acquisitions récentes de la science sur le terrain de l'hystérie et par les opinions diverses qui se sont manifestées sur ce sujet avec une louable ardeur. — Mais c'est du conflit des idées, de la controverse que suscitera la mise à l'ordre du jour de la définition de la grande psycho-névrose, que sortira, nous en avons l'espoir, la formule qui ralliera le plus grand nombre des suffrages et permettra de délimiter le cadre des accidents hystériques. — A la solution de cette question, en dehors de toute préoccupation doctrinale, nous voyons un intérêt pratique immédiat, car, de l'idée que nous nous formons de la nature de telle ou telle manifestation névropathique et de sa genèse découlent des conclusions d'une portée sociale parfois considérable ; et il est vraiment désirable, dans ces conditions, que le territoire respectif des diverses névroses soit désormais assez nettement circonscrit pour que nous puissions apprécier d'une façon rationnelle dans quels cas l'une ou l'autre doit être mise en cause, ou affirmer sans restriction les associations de celles-ci entre elles ou avec les maladies organiques.

Avant de chercher à établir la définition de l'hystérie, il est nécessaire de délimiter le domaine de celle-ci. Caractères des manifestations auxquelles on appliquera l'épithète d'hystériques. — Propositions de M. Pitres. — Conceptions de M. Bernheim et de M. Babinski.

L'étude de l'hystérie est rendue difficile par les conditions d'observations des manifestations de la névrose qui sont particulièrement délicates. Ecartons tout d'abord la simulation grossière qui a, il faut bien le reconnaître, induit si souvent en erreur les esprits les plus avisés, il nous reste encore à apprécier ce qui est en quelque sorte spontané dans les expressions de l'hystérie. Grâce à une observation très prudente des malades, MM. Bernheim et Babinski sont parvenus ainsi à considérer comme artificiels certains symptômes qui avaient paru jusqu'ici fondamentaux, inhérents à l'état hystérique, et qui sont connus dans les descriptions classiques sous la dénomination de stigmates. Un des attributs essentiels de l'hystérie étant le développement excessif de la suggestibilité, il est en effet nécessaire que l'observateur se tienne toujours sur ses gardes au cours de l'examen : la manière de questionner le sujet, une réflexion faite devant le malade, suffiront à fausser les conditions d'observation. La contagion nerveuse, les tendances scientifiques de certains milieux, l'orientation particulière des recherches, ont créé ainsi des foyers nosologiques factices dans lesquels l'état névropathique constamment exalté des patients a permis de concevoir des formes cliniques de l'hystérie dont le moindre défaut est d'être exceptionnel : l'hystériculture, malgré ses apparences de méthode expérimentale, ne peut qu'égarer les recherches, et l'observation des faits isolés doit être seule retenue comme moyen d'étude.

Les manifestations qui ont été considérées jusqu'ici par la généralité des médecins comme expression de l'hystérie sont innombrables : il n'est pas de type morbide qu'on n'ait accusé l'hystérie de simuler. Cette tendance à considérer celle-ci comme la grande simulatrice, à laquelle il convient de toujours songer dans un examen clinique, a peut-être eu d'heureux effets ; elle a éveillé en tout cas l'attention des médecins. Mais cette notion du polymorphisme de l'hystérie est exagérée et il n'est pas douteux qu'il convient d'en restreindre les limites. Or nous sommes arrêtés dès le début de notre étude par une difficulté : en l'absence de criterium permettant d'attribuer à telle ou telle manifestation l'épithète d'hystérique, puisque ce criterium nous ne pouvons le tirer que d'une définition de l'hystérie, laquelle est précisément l'objet de ce travail, nous de-

vons nous contenter d'admettre qu'un certain groupe d'affections généralement considérées par les neurologistes comme des expressions de l'hystérie, relève bien de cette névrose et de juger de la nature de celle-ci par les caractères de celle-là. Cette manière de procéder n'est pas à l'abri de la critique, nous l'adopterons néanmoins en songeant que plus d'une théorie solidement assise et fertile en déductions d'une haute valeur scientifique, repose de même sur un postulatum.

Encore conviendrait-il de s'entendre sur le dénombrement des diverses catégories de troubles hystériques ! — Or, nous devons reconnaître la confusion extrême qui règne à cet égard dans l'histoire de l'hystérie ; nous donnerons comme preuve un exemple, entre mille : les stigmates sont considérés par la plupart des auteurs comme pathognomoniques de l'hystérie, et regardés par quelques-uns comme l'essence de la névrose à tel point que leurs raisonnements relatifs à la nature de celle-ci reposent presque uniquement sur les caractères de ces « symptômes permanents » ; or pour Bernheim, Babinski les dits stigmates (hemianesthésie, retrécissement du champ visuel, zones hystérogènes, etc.) n'existeraient pas primitivement chez les sujets, où ils n'apparaîtraient que sous l'influence suggestive des explorations médicales ou des paroles prononcées dans l'entourage du malade !

Quoiqu'il en soit, nous retiendrons un certain nombre d'accidents ou de symptômes isolés qui constitueront la matière principale dont est formé a priori le type nosologique, en reconnaissant que la conception à laquelle nous arriverons ultérieurement pourra nous conduire à retrancher certaines parties de ce bloc primitif ou peut-être à l'augmenter.

Parmi les modifications du caractère la *suggestibilité* excessive et *l'émotivité* exagérée doivent être mises au premier plan avec les *troubles de l'attention* ; si nous signalons dès maintenant l'importance de cet état psychique c'est qu'il donne l'explication de la plus grande partie des autres manifestations hystériques, quelle que soit la théorie pathogénique que l'on ait adoptée. — Les *crises* sous la forme de paroxysmes convulsifs, ou d'accès de sommeil, d'accès syncopaux, de somnambulisme, vigilambulisme, fugues, constituent un deuxième groupe d'épisodes traversant l'évolution de la névrose qui montrent bien les aspects divers sous lesquels le tempérament morbide des hystériques s'objective, en en dehors du contrôle de la volonté.

Enfin des accidents somatiques dont l'énumération nous ferait passer en revue tous les appareils et toutes les fonctions doivent être signalés ici dans leurs principaux groupements, mais à un rang qui montre que, malgré leur importance parfois dominante au point de vue clinique, nous ne les regardons que comme des faits particuliers sous la dépendance de processus plus généraux signalés plus haut. — Dans le groupe des troubles moteurs on place les paralysies, les contractures,

la catalepsie, les akinésies fonctionnelles (astasie-abasie) et les parakinésies (myoclonies, chorées, tremblements, etc.). — Parmi les troubles sensitifs on donne la première place à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; je crois que cette forme d'anesthésie est beaucoup moins fréquente chez les sujets vierges de tout examen que l'hypoalgésie généralisée. — Les anesthésies partielles, de degrés divers, et aux différents modes d'exploration sont plus rares. Les hyperesthésies étendues ou localisées à certaines zônes peuvent constituer les zones hystérogènes. Les troubles fonctionnels des divers sens font aussi partie très souvent du tableau de l'hystérie; toutefois pour ces derniers ces troubles paraissent se réduire aux phénomènes élémentaires et grossiers ; hyper ou hypoacousie, bourdonnements, diminution du champ visuel, amblyopie, amaurose, dyschromatopsie, anosmie, etc.) sans que les réflexes dont la mise en jeu exige le fonctionnement normal de ces sens, soient troublés. — Les divers réflexes cutanés ou tendineux peuvent, il est vrai, être modifiés en plus ou en moins mais sans acquérir, semble-t-il, le caractère d'exagération ou disparaître aussi complètement et définitivement que dans les maladies organiques. — Les réflexes vasomoteurs en revanche subissent souvent des perturbations intenses, le plus remarquable et le plus fréquent de ces phénomènes est le dermographisme avec papulation consécutive aux excitations cutanées (frottements, piqures). Enfin certains troubles organiques, vasomoteurs ou trophiques, consécutifs aux irritations locales ou à des représentations psychiques doivent, sous certaines réserves que nous exposerons plus loin, être rangés dans le groupe des manifestations hystériques : nous avons en vue ici certains œdèmes, les hémorrhagies spontanées de la peau et des muqueuses, les productions vésiculo-bulleuses certaines formes de gangrènes ou d'ulcérations de la peau — tous phénomènes traduisant des réactions vasomotrices et trophiques d'une intensité inusitée et qui ont été considérées comme propres au tempérament hystérique. Je citerai en terminant le groupe beaucoup moins connu des troubles viscéraux qui échappant aux constatations directes ne peuvent être appréciés que par les méthodes d'exploration fonctionnelle des organes ou la radiographie et dont l'étude est à reprendre : crises gastriques avec ou sans hématémèses, hémoptysies, tympanite, ischurie, anurie, etc.

Je pense que l'on reconnaîtra avec moi que l'ensemble de ces manifestations répond assez bien au tableau classique de l'hystérie, bien que je n'ignore pas, qu'en vertu de certaines conceptions théoriques, quelques médecins écarteront nettement du cadre de l'hystérie quelques-unes d'entre elles, parce qu'ils ne les ont pas observées ou n'ont pas pu les reproduire. Mais la pathologie ne peut être édifiée sur le champ d'observation d'une personnalité, quelqu'informée qu'elle puisse être, et je pense que pour chacun des symptômes que j'ai retenus nous possédons

un nombre suffisant de témoignages à l'abri de toute suspicion pour être autorisés à les considérer comme l'expression de l'état morbide que les médecins, *actuellement*, appellent hystérie.

Conformément à notre postulatum, pour approfondir la nature de l'hystérie nous aurons en vue des états morbides rentrant dans la catégorie de ceux que nous venons de passer en revue et que nos moyens d'investigation nous conduisent, dans les conditions habituelles, à regarder comme distincts des lésions organiques ou des types pathologiques nettement définis. Ce mode de délimitation du cadre de l'hystérie est absolument artificiel et nullement scientifique, nous le reconnaissons volontiers, mais il est conforme à l'évolution de nos connaissances relativement à l'hystérie et l'on peut dire que si le domaine de cette névrose, trop généreusement pourvu à une certaine époque, a été notablement rétréci dans les dernières années, c'est bien plutôt, en soustrayant à l'hystérie certains états pathologiques que nos connaissances en psychiâtrie et en neuropathologie nous permettaient de rapporter à leur véritable cause, qu'au nom de notre conception de la nature même de l'hystérie.

C'est ainsi qu'une grande partie des états mentaux et des folies considérées comme relevant de l'hystérie ont disparu du cadre de celle-ci pour rentrer dans celui de la psychasthénie, de la démence précoce, de la dégénérescence mentale, des psychoses toxi-infectieuses, etc., etc.

Les progrès de l'observation anatomo-clinique, secourue parfois par les procédés expérimentaux empruntés aux diverses sciences, nous ont conduits aussi à apprécier plus justement les caractères des troubles somatiques. Nous savons diagnostiquer l'hémiplégie organique grâce surtout à une série de caractères dont M. Babinski a doté la séméiologie nerveuse; l'absence de ces caractères dans un cas d'hémiplégie est en faveur de l'origine hystérique. — L'hémianesthésie par lésion thalamique se distingue de l'hémianesthésie hystérique par son mode de localisation aux membres, les troubles plus accentués des sensibilités profondes aux extrémités, etc. Les distributions radiculaires de certaines paralysies motrices ou de certains troubles de sensibilité représentent un critérium de haute valeur en faveur d'une lésion organique et qui dans un cas douteux permettra d'éliminer la notion de l'hystérie. La symptomatologie de celle-ci est ainsi constituée dans bien des cas, sans que nous voulions multiplier les exemples, par quelques faits positifs, d'une constatation grossière facile, et d'un plus grand nombre de caractèrese négatifs qui imposent le diagnostic à l'observateur soigneux et averti.

Dans le domaine des troubles sensoriels, les données physiologiques ont permis d'écarter du groupe de l'hystérie des phénomènes réflexes qui ont un substratum purement organique, inconscient et de prendre du même coup connaissance du mécanisme de certains accidents hysté-

riques. Les troubles des reflexes pupillaires ne se voient jamais dans les altérations oculaires relevant de la seule hystérie, ce qui prouve bien le caractère purement psychique des accidents même les plus graves de la névrose, comme l'amaurose. De même l'expérience de la boîte de Flees confirme d'une façon éclatante cette notion de la perturbation des sensations conscientes chez l'hystérique.

Je rappelle tous ces faits pour établir que la plupart des manifestations de l'hystérie sont en général superposables grossièrement à des manifestations de nature organique, mais se distinguent de celles-ci par l'absence de lésions anatomiques adéquates en quelque sorte aux symptômes, ou de certains signes vraiment constants dans les lésions organiques ; ces manifestations sont en somme surtout classées, grâce à un ensemble de caractères négatifs, la valeur de ceux-ci est encore accrue de l'opposition de certains cas aux lois de la physiologie. Si nous ajoutons à ces données fondamentales l'apparition subite et la disparition rapide, chez beaucoup de malades des accidents ; l'influence considérable de la suggestion dans la genèse et l'évolution de ceux-ci, nous arrivons à une conception générale purement clinique du groupe des accidents hystériques qui nous suffit pour fixer les idées à l'égard de la névrose que nous devons étudier, conception qui est résumée très complètement dans les propositions suivantes du professeur Pitres : « L'hystérie est un vocable abstrait par lequel on désigne non pas une entité pathologique à physionomie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents nerveux en apparence très différents les uns des autres bien qu'ils appartiennent à une seule et même famille naturelle. — Leurs caractères communs sont les suivants :

1° Ils sont la conséquence de troubles fonctionnels du système nerveux.

2° Ils subissent de brusques modifications, sont provoqués ou supprimés par les influences psychiques ou des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accident nerveux similaires dépendants de lésions organiques.

3° Ils sont très rarement isolés et certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose.

4° Leur évolution n'est pas régulière ; ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets.

5° Malgré leur gravité apparente ces accidents n'ont pas le retentissement profond sur l'état physique ou mental qu'auraient les accidents similaires organiques. »

Voilà une excellente définition clinique, car elle résume les principaux caractères des accidents que nous qualifierons d'hystériques jusqu'à plus ample informé, sans préjuger de la nature de ceux-ci. Bien que

remontant à une époque où nous ne possédions pas les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, cette définition fait déjà une large part aux caractères négatifs des manifestations hystériques comparées aux affections organiques auxquelles elles se superposent.

Cette définition n'étant que l'expression un peu empirique de faits qui ne sont reliés entre eux par aucun autre lien pathogénique que leur nature purement dynamique a, à notre point de vue, le gros avantage de réunir une masse peut-être encore informe de troubles morbides dans laquelle il conviendra de tailler à mesure que nos connaissances relatives à la symptômatologie et au mécanisme des manifestations de l'hystérie deviendront plus précises. Mais comme les progrès ne peuvent être que fort lents sur un terrain aussi mouvant, où l'observateur, privé du secours de l'anatomie pathologique, ne peut user des données de la psychologie pathologique et de l'expérimentation qu'avec une prudente réserve, il est bon de posséder un point d'appui solide comme celui que nous offre la définition de M. Pitres. En effet, dès qu'on veut grouper sous une définition pathogénique les accidents de l'hystérie c'est au nom d'une conception théorique qui conduit immédiatement à rejeter du cadre de celle-ci une série de faits considérés jusqu'à présent comme partie intégrante de la névrose. Si cette révolution est faite grâce à un critérium de la nature de l'hystérie hors de toute contestation nous n'avons qu'à nous incliner devant cette démonstration et à confesser notre erreur. Or, il ne nous parait pas que les définitions des auteurs qui ont le plus contribué à transformer la conception classique de l'hystérie aient la rigueur scientifique que nous réclamons.

Depuis 1883, M. Bernheim a apporté dans une série de travaux remarquables, une contribution des plus importantes à la question qui nous occupe. Tout d'abord le professeur de Nancy rompant avec l'enseignement de la Salpêtrière s'efforça de montrer que l'hystérie n'était pas une maladie par elle-même, mais qu'« elle est constituée par une série de réactions psychophysiologiques ; elle se produit à la faveur d'un appareil hystérogène particulièrement sensible et qui est actionné par des influences diverses. » — Et ailleurs, M. Bernheim dévoilant sa pensée d'une manière encore plus précise écrit : « Nous sommes tous hystériques dans une certaine mesure... En présence d'une émotion vive, colère, frayeur, bouleversement, chacun manifeste. Ces diverses manifestations somatiques et cérébrales que créent chez les divers individus les commotions subites, ne sont-elles pas l'image des formes variées de l'hystérie : petites crises ébauchées, grandes crises convulsives avec grands mouvements, hystérie mentale pure, sommeil hystérique, crises douloureuses hystériques, hystéries locales. Tous ces appareils symptômatiques que nous sommes tous susceptibles de manifester à nos moments, à un degré plus ou moins intense, se développent chez certains, plus fré-

quemment avec plus de durée et plus d'éclat ; ce sont les *hystériques*[1]. » Pour M. Bernheim, et nous admettons, sur ce point, volontiers sa manière de voir, on ne constate que des différences de degré dans la façon de réagir aux émotions, aux incitations, physiques ou psychiques, entre l'homme normal et le sujet hystérique. De plus, M. Bernheim a bien montré comment l'appareil symptômatique dû à l'émotivité peut se greffer sur des états morbides divers ; puis cet appareil symptômatique se détachant en quelque sorte de son substratum primitif, devient capable d'être reproduit par auto-suggestion ; le cerveau retient l'image psychique du phénomène émotionnnel et le régénère spontanément ou à la suite d'une impression réveillant l'image subconsciente. Toutes ces remarques nous paraissent répondre à une observation scrupuleuse des faits. On a pu certes, reprocher à M. Bernhein d'expliquer le caractère particulier des réactions successives des hystériques par l'existence, chez eux, d'un appareil hystérogène — dont il ne définit pas la nature! Mais il me semble que la conception de cet auteur se justifie sans faire entrer dans le débat le dit appareil, puisque les faits s'expliquent en somme par l'hyperexcitabilité du système nerveux de l'hystérique par rapport à celui de l'homme normal. Je ne vois donc pas qu'il y ait lieu de faire un grief à M. Bernheim d'avoir fait rentrer l'anormal dans le normal : le procédé qui consiste à partir des actes normaux, à étudier leur déviation et leur transformation paraissant le plus sûr et le plus logique pour résoudre les problèmes de cet ordre.

Ayant, dès l'origine de ses travaux, cherché à limiter l'hystérie aux expressions des réactions émotives, M. Bernheim s'était efforcé de faire la part, dans le tableau complexe des manifestations présentées par l'hystérique, de l'élément suggestion. C'est ainsi que dans la crise d'hystérie décrite par Charcot, il a mis en évidence le rôle de la contagion dans le milieu hospitalier. Puis il a été amené à nier l'existence *comme élément primitif*, des zônes hystérogènes localisées à certaines régions, des anesthésies à distributions spéciales, du rétrécissement du champ visuel, etc. Bref, en 1903, il professe résolument que les stigmates sont les résultats de la suggestion médicale inconsciente et en 1904[2] modifiant sa conception ancienne dans laquelle il reconnaissait tout au moins l'existence d'hystéries locales superposées ou non à des altérations organiques, il dégage « l'hystérie crise de tous les troubles organiques ou fonctionnels concomitants, de toutes les maladies sur lesquelles elle se greffe, et de toutes les psychonévroses auxquelles elle peut s'associer »... « je réserve, dit-il en 1907[3] la dénomination hystérie pour certaines réac-

---

[1] Bernheim. Conception nouvelle et étiologie de l'hystérie. *Bul. méd*,, 1902, n° 89.

[2] Bernheim. Conception de l'hystérie, 1904.

[3] Bernheim. *Bul. méd.* 1907, n° 16. Comment je comprends le mot hystérie.

tions émotives psycho-dynamiques. Je dis certaines, car toutes les réactions émotives n'ont pas été décrites par les premiers auteurs sous le nom d'hystérie. Une émotion vive peut donner une crampe d'estomac, un vomissement, etc. ; ces symptômes ne sont pas appelés hystérie : les médecins ont été surtout frappés par *certaines crises d'apparence étrange, impressionnantes* par leurs allures, convulsions, contracture, sommeil prolongé, strangulation et constriction thoracique; et c'est à ces appareils symptômatiques à début brusque et procédant par accès qu'ils ont donné le nom d'hystérie. » En somme actuelllement M. Bernheim réserve le mot hystérie aux seules crises. Celles-ci ne sont, comme l'a déjà dit autrefois cet auteur, que l'exagération de la réaction psycho-dynamique, qu'une émotion vive produit normalement chez tous. « Mais l'hystérique est un sujet chez lequel cette réaction au lieu d'être modérée, ne dépassant par la mesure moyenne, dégénère en appareil plus intense, la crise plus ou moins prolongée. » Quant à la raison de cette réaction, elle doit être cherchée toujours dans cet appareil hystérogéne qui rend l'hystérique hystérisable, de telle sorte que l'on peut chez lui, dans la très grande majorité des cas, reproduire des crises artificiellement par suggestion émotive.

Pour résumer cette théorie, l'hystérie est représentée uniquement au point de vue symptômatique par la crise d'origine émotive et d'allure impressionnante : le critérium de la nature de celle-ci est d'être reproduite par suggestion, parce que le sujet présente une sorte d'état d'*hystérabilité, une véritable diathèse hystérique* (Bernheim) Du cadre de l'hystérie doivent être rejetés les fameux stigmates sensitivo-sensoriels (hémianesthésie, anesthésie segmentaire, retrécissement du champ visuel, zônes hystérogènes, etc.) qui n'existent pas en général chez les sujets qui ont des accès d'hystérie (crises), si on ne les provoque pas par la suggestion médicale inconsciente, et qui d'autre part peuvent être produits avec la même facilité chez beaucoup de sujets impressionnables et qui n'ont pas et n'auront jamais de crises d'hystérie. On écartera au même titre du domaine de l'hystérie « ces milliers de phénomènes qui peuvent quelquefois accompagner les crises et qu'on a qualifiés d'hystérie viscérale : hoquet, vomissements nerveux, boule, polyurie, etc., — qui ne sont que des psychonévroses locales qui peuvent se développer isolées ou associées chez des sujets qui n'ont pas et n'auront jamais de crises... Elles sont souvent greffées sur des symptômes réels dont elles sont une exagération ou une conservation auto-suggestive... Appliquer le mot d'hystérie à toutes les psychonévroses (il s'agit des phénomènes viscéraux) d'origine émotive, traumatique, suggestive, c'est détourner le mot de son sens primitif pour l'étendre à des milliers de symptômes divers de nature essentiellement variable, à toutes les névroses, à tout

le dynamisme nerveux engendré par le psychisme, par le choc moral, par les maladies organiques ».

Ainsi toute l'hystérie est limitée aux manifestations de la crise, dans la dernière conception de M. Bernheim, et toute la série des autres accidents est rejetée de ce cadre nosologique parce qu'ils sont provoqués artificiellement, par suggestion inconsciente, ou ne sont que des psychonévroses locales.

Si nous admettons très volontiers l'ancienne formule du professeur de Nancy montrant que les accidents hystériques ne sont que l'exagération des réactions psychodynamiques qui peuvent apparaître chez l'homme normal sous l'influence de l'émotion, et grâce à la constitution particulière du système nerveux du sujet hystérique, si nous pensons également que bien des accidents présentés par les hystériques sont engendrés par la suggestion médicale inconsciente ou l'imitation, si nous croyons aussi que le plus grand nombre, sinon toutes les manifestations de l'hystérie viscérale « sont souvent greffées sur les symptômes réels dont elles sont une exagération ou une conservation auto-suggestive » nous ne voyons pas les raisons qui conduisent M. Bernheim à limiter l'hystérie à la crise, d'autant plus que les expressions de celles-ci sont polymorphes, et, par une série de degrés, les réactions émotives finissent par tomber, peu à peu dégradées, à ce qu'elles sont chez l'homme normal : aussi doit-on réserver l'épithète d'hystérique à la crise aux allures impressionnantes et facilement reproduites par suggestion, variété de crises de beaucoup la plus rare. Il nous semble donc que cette conception est toute arbitraire, et ne peut être justifiée par aucune raison pathogénique, car si toute l'hystérie réside dans le paroxysme nerveux créé par l'émotion, pourquoi déclarer que celui-ci sera limité à la crise convulsive dramatique. L'attaque d'apoplexie, l'hémiplégie, la paraplégie, le mutisme subit, l'amaurose, les crises de vomissements sont des équivalents de la crise d'origine émotive. L'association de certaines manifestations motrices, sensitives, vasomotrices, etc., à la crise, considérée dans ses expressions bruyantes comme dans les plus frustes, montre bien qu'il y a communauté d'origine et de nature dans les unes comme dans les autres. Enfin si les troubles provoqués par la suggestion doivent être rejetés du cadre de l'hystérie, la crise elle-même, qui a comme caractère de pouvoir être reproduite de cette façon, disparaît du type nosologique, qui s'évanouit à son tour.

Craignant que le domaine de l'hystérie ne devînt trop immense et que le terme d'hystérie ne passât pour synonyme d'une maladie du dynamisme psychique, M. Bernheim a cru devoir réserver cette expression à la crise sans justifier cette affirmation a priori par des raisons d'ordre physio-pathologique. Et, en vertu de cette conception qui ne peut être regardée comme une définition, il a écarté toute une série

d'accidents qu'il avait lui-même remarquablement observés et dont il a mis en évidence les rapports avec la suggestion et avec les altérations organiques ; ayant ainsi isolé ces troubles de l'hystérie, il a dû les mettre sur le compte de la suggestibilité des individus impressionnables ou les attribuer à des psycho-névroses locales dont la création ou plutôt la résurrection ne peut qu'embrouiller encore le problème des névroses.

Si l'on peut reprocher à M. Bernheim d'avoir singulièrement restreint l'acception du terme hystérie en vertu d'une affirmation insuffisamment justifiée, on ne peut faire le même grief à M. Babinski, qui, après avoir accumulé les faits d'observation clinique permettant de distinguer les manifestations de nature organique des troubles fonctionnels dynamiques, a cru trouver le lien qui unissait dans la même pathogénie les diverses expressions de l'hystérie, à savoir l'origine suggestive. Faisant peu à peu table rase des notions antérieures relatives à la nature de l'hystérie et s'appuyant sur ses propres constatations, M. Babinski affirme que les stigmates n'existent pas spontanément chez les hystériques; ils sont le résultat de la suggestion médicale inconsciente; quant au groupe infini des troubles viscéraux, vasomoteurs, trophiques, il serait complètement à reviser; la plupart des accidents de cet ordre décrits comme hystériques étant la conséquence d'une mauvaise observation ou d'une interprétation erronée. Ayant ainsi éliminé les troubles produits artificiellement par suggestion, et ceux qui, faussement réputés hystériques, relevaient d'une autre pathogénie, M. Babinski proclama que le groupe de faits qui subsistait était limité à certaines formes de troubles moteurs, sensitifs, à certaines perturbations psychiques qui possédaient le caractère commun de pouvoir être engendrés par suggestion chez certains sujets et de disparaître par persuasion. La dernière formule sous laquelle M. Babinski a résumé sa conception de l'hystérie est la suivante, qui découle logiquement des considérations précédentes :

« L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs, et accessoirement par des troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à ces troubles primitifs. »

Cette définition est très séduisante car c'est un système complet reposant sur la notion de la suggestion considérée comme le facteur pathogénique nécessaire et suffisant pour provoquer la manifestation hystérique. Elle se justifie par cette affirmation de M. Babinski que, à sa connaissance, tous les faits qui ne rentraient pas dans les conditions

énoncées et qui avaient été qualifiées d'hystériques relevaient d'une autre origine. Il semble donc que en possession de cette définition nous soyons en état de circonscrire aisément au point de vue nosologique le domaine de l'hystérie, et qu'en pratique nous ayons un critérium sûr pour nous guider dans l'application du terme hystérique à un phénomène morbide. Il n'est pas douteux que, si l'on admet le postulat de M. Babinski, lequel repose assurément sur une base très sérieuse, le système est d'une logique rigoureuse — et M. Babinski a rendu un important service en réclamant un contrôle rigoureux pour les faits qui ne paraissent pas s'accorder avec les termes de sa définition. Ceux-ci ont été d'ailleurs critiqués de divers côtés.

On a dit qu'en réunissant certaines manifestations dont le caractère commun est d'être aisément provoqué par la suggestion, et en définissant la nature de ces diverses manifestations par ce caractère commun, on commettait une faute de raisonnement, une pétition de principe. Mais pour formuler une définition il faut pouvoir considérer un objet à définir ; M. Babinski a conservé dans ce but un groupe d'accidents considérés par l'opinion générale comme hystériques, après avoir exclu d'autres troubles qui, on peut le dire, s'éliminaient eux-mêmes du cadre de l'hystérie, à mesure qu'on arrivait à les rattacher à une cause différente. De ce groupe d'accidents ainsi conservés se dégageait un caractère commun, la reproduction par suggestion de l'accident; il était rationnel de conserver ce caractère comme critérium. Toutefois, tout en reconnaissant combien ce système est séduisant pour l'esprit et satisfaisant pour les besoins de la pratique, je crains que la définition de M. Babinski n'assigne au domaine de l'hystérie des limites trop étroites. En effet, si les manifestations de l'hystérie sont la conséquence d'un état psychique,n'y a-t-il pas lieu de penser que certaines perturbations d'origine émotive arriveront à engendrer des troubles spéciaux par l'intensité même de leur action dynamique, troubles que la suggestion même chez des sujets entraînés, à l'état de veille ou sous l'influence de l'hypnose, n'arrivera pas à reproduire, parce qu'il manque à cette suggestion le degré de véracité qui fait la puissance énorme de l'émotion vraie. Qu'on songe un instant à l'ébranlement moral que cause chez un sujet doué d'un système nerveux d'apparence normale, l'annonce brusque d'un malheur qui le frappe, une grande douleur, etc., et qu'on compare cette secousse à l'émotion causée par un spectacle même fort dramatique qui ne met pas sa personnalité directement en cause ! — Ces différences se retrouvent, toutes proportions gardées, chez l'hystérique dont la personnalité est plus ou moins dédoublée à l'état de veille ou dans le sommeil hypnotique, mais jamais la personnalité réelle consciente n'arrive à être suffisamment annihilée pour ne plus être capable d'intervenir pour avertir et protéger l'individu en péril.

On comprendrait ainsi que la suggestion ne pût réaliser, dans toute leur intensité, les conditions d'exacerbation des reflexes moteurs, vasomoteurs, trophiques, mis en jeu spontanément par l'émotion chez l'individu hystérique. Certains faits relatifs à des troubles trophiques comme ceux relatés par Charcot dans la thèse d'Athanasiu, par M. Raymond dans ses dernières leçons sur l'hystérie, par M. Dufour, ne rentreraient pas dans le cadre de l'hystérie, suivant M. Babinski, parce qu'ils ne peuvent être reproduits par suggestion. Nous reconnaissons que cette condition est difficilement réalisée ; nous avons tenté à la Salpêtrière sur divers sujets particulièrement suggestibles et sous le sommeil hypnotique, de réaliser certaines paralysies localisées à un muscle ou certains troubles trophiques, dans tous les cas le résultat fut négatif. Mais, encore une fois, il nous paraît juste de rappeler à cet égard les arguments que nous produisions plus haut relativement à la différence profonde qui sépare la réaction émotive spontanée, de la réaction suggérée ; — enfin, si notre expérience est encore insuffisante, peut-être de nouveaux faits, bien observés, permettront-ils d'augmenter la liste des phénomènes hystériques en faisant rentrer dans la névrose les troubles viscéraux, trophiques, etc., au nom même de la définition de M. Babinski [1].

Quant à la seconde proposition de M. Babinski, relative à l'influence curative de la persuasion, elle ne constitue pas un caractère vraiment propre à l'hystérie, elle complète la première proposition, mais d'une façon insuffisante. En effet, même en acceptant la distinction qu'établit M. Babinski entre la suggestion et la persuasion, cette dernière peut intervenir favorablement dans d'autres états névropathiques « sans le concours d'aucun autre agent », ou tout au moins si l'on croit utile de renforcer la persuasion d'un médicament ou d'une pratique thérapeutique anodine, c'est à titre d'adjuvant et afin de gagner la confiance du malade.

Je pense donc que la conception de M. Babinski, si l'on s'en tient au fait capital à savoir que le caractère commun aux manifestations hystériques est de pouvoir être reproduites par suggestion chez certains sujets, contient une grande part de vérité, mais elle ne me paraît pas assez compréhensive, car il semble bien qu'un certain nombre de troubles nés sous l'influence de l'émotion et associés à d'autres accidents rentrant dans la catégorie de ceux que la suggestion reproduit, doivent être classés sous la dénomination d'hystérie. M. Babinski nous objectera qu'il n'a pas vu de faits de cet ordre et que ceux qu'on lui a signalés comme rentrant dans cette catégorie constituaient des erreurs de diagnostic. Nous répondrons qu'on n'est pas en droit de rejeter certaines observations

---

[1] Dans un travail récent, M. Szollösy prétend avoir reproduit par suggestion hypnotique, une lésion trophique du dos de la main simulant une brûlure chez une jeune fille, qui avait présenté spontanément des gangrènes multiples de la peau considérées comme d'origine hystérique. (*Munchener Med. Woch*, 21 mai 1907.)

parce qu'on ne les a pas personnellement contrôlées, et qu'ensuite la reproduction expérimentale qu'exige M. Babinski n'est pas toujours possible, à coup sûr, même quand il s'agit de troubles dont la nature hystérique n'est pas contestée comme certaines crises, comme certaines contractures, qu'il faut des *sujets entraînés* d'une façon spéciale et que dans ces conditions même la reproduction de certains troubles peut échouer.

Enfin, nous admettrions encore que M. Babinski s'en tînt d'une façon inébranlable aux termes de sa définition si celle-ci nous renseignait sur la nature des phénomènes hystériques, mais en réalité cette définition n'est nullement pathogénique ; — elle nous laisse entrevoir le mécanisme de ceux-ci en nous avertissant que l'hystérie est un état psychique, — mais elle n'analyse pas le trouble des fonctions psychiques. L'influence dominante de la suggestion et de la persuasion sur la genèse et l'évolution des manifestations hystériques n'est qu'une constatation de faits, et, dans ces conditions, il nous semble que M. Babinski n'est pas autorisé à limiter le domaine de l'hystérie aux seuls accidents pathologiques possédant le double caractère qu'il considère comme un critérium — puisque ce critérium ne découle pas de l'analyse des processus psychologiques dont nous ne pouvons que supposer l'existence dans la conception de M. Babinski.

La définition de M. Babinski n'étant pas justifiée par une démonstration du trouble psychique inhérent à l'hystérie et qui expliquerait l'influence prépondérante exclusive de la suggestion et de la persuasion dans la genèse et l'évolution des phénomènes hystériques nous apparaît donc trop étroite. Certes, elle s'accorde avec la généralité des faits, mais elle ne peut s'appliquer à un certain nombre d'entre eux; rejeter de parti pris ces derniers du cadre de l'hystérie au nom d'une définition qui n'est nullement l'expression de la nature des troubles qui constituent la névrose, c'est faire une classification, commode pour les besoins de la nosographie, mais arbitraire, et qui ne peut être qu'une classification d'attente.

Au nom des définitions de Bernheim et de Babinski, que je viens d'examiner, nous ne sommes pas autorisés à limiter le domaine de l'hystérie, car ces définitions ne s'appuient que sur certains caractères tirés de l'observation clinique, lesquels peuvent être contestés. Une définition de l'hystérie doit tendre à reposer sur une connaissance aussi exacte que possible de la nature des phénomènes hystériques. Pour tenter de résoudre ce problème, il convient de rechercher d'abord s'il existe chez les hystériques des modifications de l'organisme, du système nerveux en particulier, si le fonctionnement général de l'économie est troublé d'une manière quelconque, et si ces troubles peuvent être mis en cause pour expliquer l'apparition des phénomènes hystériques ou régler tout au moins leurs diverses modalités cliniques.

L'anatomie pathologique et l'étude de la nutrition chez les hystériques peuvent-elles éclairer la physiologie pathologiqne de l'hystérie ?

Nos connaissances sont très limitées relativement à l'état anatomique des organes et notamment du système nerveux dans l'hystérie. La plupart des auteurs qui ont le plus contribué à établir la notion du trouble des processus psychologiques dans cette névrose estiment qu'une modification anatomique passagère, sinon permanente, est à l'origine de cette déviation du type normal. La nature de cette modification reste ignorée, car nous ne possédons pas une étude histologique des centres nerveux des sujets atteints de manifestations hystériques pures, et ce que nous savons du fonctionnement des appareils anatomiques ne nous conduit pas à une appréciation, même approximative, de l'altération possible de ces organes. En effet, tous les pathologistes s'accordent à déclarer que les réflexes organiques sont conservés, sauf ceux qui exigent une intervention psychique consciente comme les réflexes à la douleur, encore faut-il savoir que le réflexe pupillaire à la piqûre peut persister malgré une anesthésie complète. Les réflexes tendineux subissent des variations de degré, mais elles ne sont jamais permanentes, et ces troubles se sont toujours montrés avec des caractères qui permettent de les distinguer des altérations des réflexes d'origine organique. Quant aux lésions somatiques contestées par quelques auteurs, admises par d'autres, elles n'ont pas en elles-mêmes de caractère spécifique. Voici une atrophie musculaire, coexistant avec une paralysie ou une contracture ; elle est en général peu prononcée, elle ne s'accompagne pas de véritables contractions fibrillaires permanentes, et si les réactions électriques sont un peu modifiées, il ne s'agit que d'une diminution de l'excitabilité du muscle ou du nerf, sans ébauche de D. R. Les troubles vasomoteurs, les modifications des secrétions, n'ont aucun caractère spécial, ou tout au moins ne présentent qu'une exagération en plus ou en moins des divers processus élémentaires qui aboutissent aux mêmes accidents dans d'autres conditions.

Si les phénomènes hystériques considérés dans leur type pur, idéal en quelque sorte, nous apparaissent comme pouvant être actionnés par une modification somatique dont la nature nous échappe, il y a lieu d'insister sur le rôle de certaines lésions, même minimes, soit des organes, soit des centres nerveux, qui peuvent être la cause provocatrice qui rompt, en quelque sorte, l'équilibre normal de la fonction et met en branle, chez certains sujets, le trouble de cette fonction que représente

à nos yeux la manifestation hystérique. Les associations hystéro-organiques sont très connues, mais sous ce nom on comprend généralement les symptômes névropathiques qui se superposent à une maladie organique, telle l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle greffée sur une hémiplégie d'origine cérébrale. Je pense que beaucoup plus intéressants à considérer sont les cas où l'altération organique resterait facilement latente ou ne se caractériserait que par quelques signes que le clinicien ne parviendrait que difficilement à mettre en évidence, si justement l'hystérie amplifiant, grossissant le trouble fonctionnel, ne le faisait apparaître d'une manière éclatante. Il n'est pas rare, au début d'un mal de Pott, chez certains sujets, de voir une ébauche de paralysie des membres inférieurs, des troubles vésicaux, des contractures qui en imposent pour une compression d'origine vertébrale ; par la suggestion hypnotique tout rentre à peu près dans l'ordre et le malade semble avoir été guéri par l'hypnotisme, mais quelque temps après, plusieurs années même parfois, les accidents reparaissent et la paraplégie pottique s'installe ; or, à cette période même, il est parfois possible de faire disparaître par suggestion certains symptômes. Il en est de même pour toutes sortes d'autres maladies organiques du cerveau, de la moelle ou des nerfs. J'incline à penser que dans beaucoup de cas d'hystérie dans lesquels il nous semble qu'il n'est possible de dépister aucune altération des organes il y a, à l'origine de la perturbation fonctionnelle, une lésion parfois incapable de se traduire par un appareil symptomatique qui lui soit propre, mais qui suffit pour engendrer et localiser la manifestation hystérique ; l'hystérie, comme a dit Gasne, ne fait que réaliser ce qu'a ébauché une maladie réelle.

J'ai examiné, au point de vue histologique, le système nerveux de deux femmes qui passèrent de longues années à la Salpêtrière où elles furent considérées comme de grandes hystériques. Voici le résumé de mes contatations [1].

L'une Etchev... est morte en 1905 à 77 ans et ne présentait plus aucune manifestation hystérique. Pendant sa vie elle avait été observée par Charcot et avait réalisé tous les stigmates hystériques. C'est elle qui fit l'objet des leçons sur l'ischurie hystérique et la contracture avec hémianesthésie. On nota en effet chez cette malade pendant longtemps une hémiplégie gauche, survenue en 1870, compliquée d'hémianesthésie, puis elle fut contracturée des quatre membres (1871). C'est pendant cette période de contracture qu'on a observé l'ischurie ; le membre droit se décontractura, enfin ultérieurement la contracture des membres inférieurs céda subitement pendant le passage de la procession du saint sacrement.

A l'autopsie on ne trouva pas de lésions macroscopiques, mais l'examen microscopique montra une asymétrie de la moelle dont le cordon antéro-latéral droit sur

[1] Voir l'examen histologique complet dans le n° du 25 juillet de *l'Encéphale*.

toute son étendue est moins développé que le gauche. Dans le cerveau, pas de lésions des cellules, en dehors de l'aspect que prennent ces éléments chez les vieillards; les méninges sont notablement épaissies au niveau des circonvolutions frontales et de la frontale ascendante gauches, ainsi que sur la frontale ascendante du côté droit; cet épaississement qu'on pourrait rapporter à la sénilité contraste en tout cas avec l'état des autres régions qui ne présentent qu'une fibrose à peine plus accentuée de la pie-mère et du réseau sous-arachnoïdien. Nous n'avons rien noté dans les diverses parties des centres nerveux cérébraux, ni de l'isthme de l'encéphale. Sur toute la hauteur de la moelle, les méninges sont épaissies, notamment dans la région sacrée, et l'on trouve un léger degré de sclérose marginale, comme on en constate habituellement chez les vieillards. Toutefois au niveau du sixième segment cervical on découvre sur la partie *gauche* de la moelle une légère sclérose comprenant toute la zône radiculaire antérieure, s'accompagnant de démyélinisation des tubes nerveux et même des fibres des racines antérieures. Dans la région lombaire et sacrée, on constate une diminution du nombre des cellules des cornes antérieures et une atrophie avec surcharge pigmentaire des mêmes éléments, lésions qui ne peuvent être prises en considération, étant donné l'âge du sujet.

Le second cas est celui de la femme Corn, qui resta 14 ans à la Salpêtrière, où Charcot la présenta à ses leçons comme hystérique, en faisant des réserves sur la nature de certains des accidents notés chez cette malade. Son observation a été rapportée dans un travail de Gilles de la Tourette et Dutil[1], et M. Janet qui l'étudia à diverses reprises nous a communiqué ses notes à son sujet. Voici le résumé de cette observation :

C'était une femme issue de souche névropathique, dans les antécédents de laquelle on notait, fait important, une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans, en 1877. A la suite de cette maladie, C. conserva un peu de faiblesse du bras et de la main du côté droit, et un état de nervosisme caractérisé par l'émotivité exagérée, la sensation de boule au moment des règles. En 1887, œdème du membre inférieur gauche, paralysie et contracture progresssives avec raccourcissement du membre de quatre centimètres. Vers la fin de 1888 perte de connaissance suivie de paralysie de tout le côté gauche, série d'améliorations et de rechutes, enfin guérison au bout de deux mois. En mars 1889, contracture du bras droit, doigts fléchis dans la main, atrophie du thénar, avec secousses fibrillaires, absence de contractions électriques. En mai apparition d'attaques convulsives limitées à ce membre et à la moitié de la face à droite sans perte de connaissance et qui furent considérées comme hystériques (?) Hémianesthésie gauche complète sauf sur deux régions limitées à l'aisselle et au mollet. Disparition des contractures de la main droite et de la jambe gauche, sous le chloroforme. Retrécissement du champ visuel, micromégalopsie. Réflexes normaux partout sauf au membre inférieur gauche où l'on nota d'abord l'exagération du réflexe rotulien et le clonus du pied, puis diminution des réflexes. Plus tard le membre inférieur droit se contractura à son tour, de sorte que les deux membres étaient repliés sous le siège. Les attaques convulsives conservaient le même caractère, partiel, la sensibilité se modifia, elle revint en partie sur le tronc puis l'anesthésie disparut du membre inférieur gauche, et se manifesta alors du côté droit aux deux membres. La malade mourut accidentellement à l'âge de 43 ans.

[1] GILLES DE LA TOURETTE ET DUTIL. Etude des troubles trophiques dans l'hystérie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1889, p. 290.

Nous avons trouvé à l'examen microscopique une hémiatrophie notable de la moelle beaucoup plus accusée que dans le cas précédent et portant sur toute la moitié gauche de la moelle à l'exception des cordons postérieurs. La corne antérieure dans la région dorsale surtout est manifestement atrophiée. Dans toute la région lombaire et sacrée il y a un épaississement assez prononcé avec sclérose marginale légère de la moelle, et qu'on ne peut attribuer à l'âge du sujet. Certaines racines sont le siège d'une sclérose diffuse, surtout les racines antérieures, nettement démyélinisées à certains niveaux. Dans la région cervicale inférieure, les cellules de la corne antérieure droite ont toutes disparu, alors qu'elles sont conservées du côté opposé. On ne constate ni sclérose du faisceau pyramidal ni cavités. Il n'y a pas de dégénérescence des divers faisceaux du cordon latéral ou des cordons postérieurs. Dans la région cervicale vers la quatrième racine on trouve encore une légère zone de sclérose dans la région radiculaire antérieure. Rien au niveau de l'isthme de l'encéphale. Pas de lésions destructives du cerveau mais épaississement méningé notable au niveau des circonvolutions rolandiques droites avec petits nodules fibreux, ainsi que dans le lobe frontal droit. Pas de lésions corticales apparentes, pas d'altération des cellules au Nissl : congestion des vaisseaux cortico-piémériens peut-être d'origine agonique.

En somme ce qui domine dans ce cas c'est une méningite ancienne partielle du cerveau, une méningo-myélite et radiculite avec sclérose marginale de la moelle lombo-sacrée, et une poliomyélite unilatérale localisée à la région cervicale inférieure; lésions à la vérité peu prononcées et non adéquates aux troubles moteurs et sensitifs très considérables présentés par la malade et qui, s'ajoutant à l'hémiatrophie de la moelle, permettent d'affirmer en tous cas que le complexus morbide dont nous avons noté les principaux traits ne relevait pas de la seule névrose.

Voici donc deux cas, le second surtout, où l'examen clinique ne permettait point de penser à une affection exclusivement hystérique; M. Janet m'a rapporté que Charcot, tout en considérant la malade comme une grande hystérique, faisait des réserves sur la nature exacte des accidents et pensait à la possibilité d'une association hystéro-organique. J'ai déjà dit qu'il est vraisemblable que chez les sujets qui offrent un tableau symptomatique aussi grave, des manifestations aussi rebelles (contractures, paralysies, atrophies, etc.), il existe souvent de petites lésions organiques qui peuvent rester ignorées, et ne sont pas facilement décelables par nos moyens d'investigation.

On peut se demander si certaines manifestations moins sévères de l'hystérie ne pourraient être de même sous la dépendance d'une modification passagère, congestive ou autre des centres nerveux, ou d'une petite altération rapidement cicatrisée, dont l'hystérique aurait, grâce à l'état dynamique spécial de son système nerveux, une perception. subconsciente peut être, et dont il amplifierait les symptômes normalement assez frustes, parfois latents, ou en dénaturerait l'expression, en y ajoutant des troubles d'origine psychique. Il suffirait, en somme, chez l'hystérique, dans cette hypothèse, d'une cause d'irritation légère, d'une épine organique, pour ainsi dire, pour mettre en mouvement un appareil sympto-

matique hors de proportion avec l'élément causal ou même non adéquat à ce dernier[1].

Cette déséquilibration dans l'harmonie des fonctions et dans les processus réflexes, nous en trouvons également des preuves dans l'étude de la nutrition des hystériques.

En l'absence de données anatomiques relatives aux phénomènes hystériques, on a espéré tirer des indications de la recherche de l'état de la nutrition. Celle-ci a été appréciée surtout par l'analyse des urines, mais tous les travaux entrepris jusqu'à ce jour sont entachés d'une cause d'erreur qui les rend à peu près inutilisables, car les auteurs n'ont pas tenu compte du régime alimentaire des sujets en expériences ou des déperditions dues aux vomissements, aux matières fécales, etc.

Nous rappellerons, sans insister sur ces faits, que la nutrition serait ralentie dans l'hystérie, d'après Empereur, parce que les éliminations sous forme d'urée, d'acide urique, de phosphates, sont bien au-dessous des chiffres considérés comme normaux. Le même auteur a étudié les échanges respiratoires, et noté un abaissement dans le volume d'air expiré, et dans la quantité de vapeur d'eau; l'absorption de l'oxygène serait augmentée par rapport à l'acide carbonique exhalé, mais la proportion d'oxygène absorbé est, néanmoins, inférieure à la normale. L'azote absorbé est au contraire en quantité supérieure à la normale. De ces recherches, Empereur conclut que dans l'hystérie les mouvements de l'assimilation et de la désassimilation sont très affaiblis, et il se demande si on peut chercher dans ce trouble de la nutrition la raison des réactions anormales que les hystériques présentent dans l'ordre des troubles psychiques ou physiques.

D'après Gilles de la Tourette et Cathelineau, l'état du sang des hystériques est normal en dehors des états pathologiques surajoutés, et la nutrition n'est modifiée que par les crises. Celles-ci ont pour conséquence surtout de provoquer une inversion dans la formule des phosphates, les phosphates terreux qui étaient, avant l'attaque, comme 1 est à 3 par rapport aux phosphates alcalins, descendent après l'attaque au rapport de 1 à 1; l'urée, les phosphates en général, sont d'ailleurs diminués après la crise. Dans la crise d'épilepsie on noterait des phénomènes inverses, ce qui constituerait un moyen de diagnostic pour distinguer les diverses variétés d'accès convulsifs. Ces conclusions ont été

[1] Chez un homme atteint d'œdème bleu du dos de la main, j'avais rapporté les accidents à l'hystérie ; M. Babinski examinant cet homme plus tard trouva une tuberculose des gaines synoviales. J'ai observé ultérieurement des tuberculoses de cette région, et jamais je n'ai vu un tableau symptomatique comparable à celui de mon malade. Je crois donc que si la lésion organique était à l'origine des accidents, c'est grâce à son état hystérique, par un mécanisme réflexe peut-être d'origine psychique, que cet homme a présenté le type clinique de l'œdème bleu qui fait défaut dans les mêmes circonstances chez l'homme normal. (Voir *Soc. de neurol.* 1906 et 1907.)

infirmées par les recherches de Royer, de Poels, de Thorion, Oliviero et Bretet. On sait de plus que la présence dans l'urine de phosphate monocalcique et probablement monomagnésien, ainsi que des sels alcalino-terreux autres que les phosphates, rend illusoire le dosage différentiel des phosphates.

Plus récemment, Weil-Hallé[1] et Desmoulières ont entrepris de nouvelles recherches qui ne sont pas à l'abri de la critique, car ils n'ont nullement fait le bilan de la nutrition. Ils estiment que celle-ci est ralentie, parce que les éliminations sont, en général, au-dessous des moyennes dites normales ; de plus, les analyses ne portent souvent que sur un jour, ce qui est absolument insuffisant. Néanmoins, Weil-Hallé croit pouvoir attacher une importance à ce ralentissement de la nutrition et à un processus d'autointoxication gastro-intestinale que révélerait dans les analyses la proportion anormale d'indoxyle et d'oxalate de chaux. L'auto-intoxication et le ralentissement de la nutrition peuvent être considérés « comme l'expression physique du tempérament névropathique commun au simple nervosisme comme aux névroses les plus caractérisées ». — Les éléments de la série xanthique, les produits azotés insuffisamment détruits, seraient retenus au moment de la crise et favoriseraient l'apparition des accidents spasmodiques. Dans cette même période d'instance morbide on observerait également une rétention chlorurée qui prendrait fin avec la cessation de la crise. Une constatation importante faite par Weil, et que nos recherches confirment, c'est la grande analogie des caractères urologiques de la crise épileptique et de la crise hystérique.

Les recherches que nous avons instituées avec M. Blanchetière, chef du Laboratoire de chimie de la clinique de la Salpêtrière, ne nous permettent pas de formuler des conclusions aussi fermes que celles qui ont été avancées relativement à l'état de la nutrition dans l'hystérie. Nous avons observé, en même temps que d'autres malades atteintes de troubles névropathiques, des hystériques et des épileptiques soumises à un régime alimentaire invariable et dont nous connaissions la constitution en albumine, hydrate de carbone, graisse, et l'équivalent calorique. Les expériences étaient poursuivies pendant trois jours consécutifs au moins, pendant les périodes de crises, ou en dehors de celles-ci. Dans un cas, la suggestion hypnotique d'une polyurie n'a en rien modifié le régime des éliminations. Chez les hystériques, comme chez les épileptiques, et cela contrairement à ce que nous avons vu dans d'autres états névropathiques, psychasthénie, neurasthénie, etc., les variations du coefficient d'utilisation azotée $\frac{AzU}{AzT}$ oscillent entre des limites considérables chez

[1] Weil-Hallé. Développement de l'hystérie dans l'enfance. Thèse, Paris, 1904.

le même sujet, soumis à la même alimentation (chiffres extrêmes 0.61 et 0.98). Chez les deux catégories de malades, la fixation d'azote représentée par le rapport de l'azote excrété à l'azote ingéré se fait d'une façon exagérée surtout pendant la période de crises, de sorte que la quantité d'azote excrété est, en général, inférieure à celle qui est absorbée. Après la cessation d'une période de crise il y a, au contraire, élimination d'azote et parfois de véritables décharges. Le phosphate est en faible quantité dans les éliminations. La quantité d'urée est normale par rapport à la ration alimentaire.

En somme, nous ne pensons pas qu'il y ait une formule urinaire propre à l'hystérique. Ce qui nous a paru caractériser surtout l'hystérie et l'épilepsie, c'est la variabilité considérable, excessive du coefficient azoturique, laquelle indique un défaut d'équilibre dans les fonctions de nutrition sans que nous ayons pu constater un rapport entre l'apparition des crises et le sens des variations de ce coefficient azoturique.

Ces faits ne nous sont pas d'un grand secours pour déterminer la nature des perturbations organiques qui constituent l'hystérie. Nous ne voyons dans les résultats que nous avons obtenus que la preuve des réactions excessives dans le domaine des phénomènes de nutrition comme dans ceux des phénomènes psychiques, moteurs, sensitifs, que présentent les hystériques ou les épileptiques sous des influences que l'étude des lésions organiques ou des phénomènes biochimiques ne nous permet pas encore d'apprécier exactement.

Comment se développe l'hystérie; le terrain hystérique; le nervosisme; la genèse des accidents hystériques.

Des considérations précédentes il résulte que nous n'avons trouvé ni dans les constatations anatomiques ni dans l'étude de la nutrition de l'organisme chez les hystériques, un caractère spécifique, tout au plus le métabolisme de l'albumine nous apparait-il comme un peu anormal chez ces sujets. Nous sommes donc amenés, pour essayer de définir la nature de l'hystérie, à chercher d'autres éléments en poursuivant notre enquête sur le terrain de l'observation clinique.

Les conditions dans lesquelles apparaissent les manifestations hystériques doivent certes fixer l'attention, mais nous n'insisterons que sur certaines d'entr'elles qui n'ont peut-être pas été suffisamment prises en considération. On a invoqué au point de vue étiologique l'hérédité qui sous la forme d'accidents similaires, chez les ascendants, ou de troubles de la série neuro-arthritiques se trouve si communément dans les antécédents de tous les sujets atteints de maladies nerveuses. C'est une notion banale. La question que nous nous posons ici est d'intérêt plus immédiat. Pour être capable de faire des accidents hystériques faut-il avoir un appareil hystérogène suivant l'expression de Bernheim, faut-il avoir des ascendants hystériques dont on hérite une constitution particulière du système nerveux, faut-il posséder un trouble originel du développement psychique, comme l'a dit Kamienski, qui peut se manifester dès l'enfance ou n'apparaître que tardivement à la faveur d'un épisode accidentel.

Il n'est pas douteux que l'hystérie n'est pas à la portée de tout le monde. « On nait hystérique, on ne le devient pas » (Pitres) mais nous sommes encore moins fixés sur la nature de cette aptitude, que sur la nature elle-même du phénomène hystérique.

En fait l'hystérie ne se manifeste guère primitivement d'une façon tardive et pour qu'elle apparaisse il faut une perturbation émotive intense; néanmoins nous reconnaissons que dans ces formes tardives il est parfois fort difficile de trouver dans le passé morbide du sujet des éléments qui expliquent l'apparition chez lui de la névrose.

Le plus souvent l'hystérie se montre d'une façon précoce dans l'adolescence surtout, à la puberté notamment, précédée par des manifestations de cet état mal défini qu'on peut appeler le nervosisme [1].

---

[1] En utilisant cette dénomination empruntée à Bouchut, je n'adopte pas le type nosologique qu'à la suite de cet éminent clinicien, Leudet, Cerise, Cohen, Gillebert d'Hercourt ont vulgarisés et dont le démembrement fut justifié par la

Dans cette étude des relations du nervosisme et de l'hystérie, j'aurai surtout en vue les troubles nerveux observés dans l'enfance, qui se présentent sous une forme plus pure, dégagés de tous les éléments qui compliquent les faits chez l'adulte (intoxications, question d'intérêts, dépression psychique et morale, maladies organiques chroniques, etc...)

Tous les médecins ont observé cette catégorie d'enfants, issus de souche névropathique, qui dès les premiers mois présentent une série de réaction d'ordre émotif ou d'ordre physique anormales. Le claquement d'une porte détermine un sursaut, un éclat de voix provoque une crise de larmes, la poussée des premières dents entraîne des crises de convulsions ou un état pseudo-méningitique résistant à tous les traitements calmants usités et se terminant par une crise de sommeil profond. La même poussée dentaire en dehors de toute faute d'hygiène alimentaire fait apparaître parfois une crise d'entéro-colite glaireuse; une indigestion provoque des syncopes d'allure grave et je ne suis pas éloigné de penser que la mort subite de certains nourrissons observée en dehors d'accidents organiques vraiment importants peut être attribuée à des phénomènes d'inhition réflexe exagérée du même ordre. Cette tendance à la syncope, très commune dans certaines familles, peut se manifester sous des influences des plus futiles, telles que le fait de pénétrer dans une pièce chaude ou légèrement enfumée, c'est dire que chez ces nourrissons les processus réflexes sont déjà mal réglés et que les centres d'association des actes de la vie organique ou peut-être même des phénomènes idéo-moteurs, idéo-sensitifs, présentent un état dynamique anormal.

Plus tard, avec le développement de l'activité psychique nous verrons apparaître une foule d'accidents dont Oppenheim [1] a donné une bonne description. Ce sont :

a) des troubles vaso-moteurs: cyanose fréquente des extrémités, changement rapide de coloration du visage sous l'influence des émotions, pâleur et rougeur, — modifications rapides dans l'aspect des traits du visage, — sensibilité extrême de la peau, dermographisme, réactions urticariennes consécutives aux piqûres d'insectes; tendance facile aux évanouissements et aux vomissements pour des causes futiles. — De ces faits se rapprocheraient les poussées d'hyperthermie avec état délirant apparaissant brusquement, cessant de même, et provoquées par de petites infections très bénignes.

---

trop grande étendue de son domaine. Je rappelle seulement que cet état pouvait, d'après ces auteurs, se présenter sous la forme aigue, fébrile, ou sous la forme chronique, que dans ce dernier cas même il offrirait des degrés infinis depuis l'agacement nerveux qui en est l'origine, jusqu'aux désordres fonctionnels les plus graves : l'inquiétude et l'impatience morales, l'insomnie, les hallucinations, les douleurs vagues, les étouffements, la toux nerveuse, l'amyosthénie, la paralysie, etc., pour ne citer que ces exemples, faisaient partie de cette entité clinique qui n'a plus qu'un intérêt historique.

[1] Oppenheim. Die ersten Zeichen der Nervosität im Kindesalter 1904.

b) phénomènes douloureux — céphalées, algies diverses, hypéresthésie de la peau et des muqueuses, des divers sens, etc.

c) troubles viscéraux : hoquet, aérophagie, rumination, poussées d'entérocolite ou constipation sous des influences émotives ou alimentaires banales; crises de diarrhée d'origine émotive. Polyurie et pollakiurie ou même oligurie.

Enfin à ces phénomènes d'ordre somatique, Oppenheim ajoute une série de manifestation psychiques dont quelques-unes peuvent être considérées comme l'ébauche des symptômes les mieux établis des grandes névroses ; nous citerons notamment la fatigabilité rapide de l'esprit, l'aprosexie, la pseudologie fantastique ou tendance à l'affabulation, les terreurs nocturnes, la poltronnerie, les grincements de dents, le somnambulisme, certaines manies ou phobies, l'impressionabilité générale entraînant des crises de tremblement, de larmes, des accès de fou rire, etc..., sous l'influence de causes d'excition très banales.

En somme le nervosisme consisterait pour Oppenheim, en une anomalie des réactions nerveuses qui se traduirait surtout 1° par l'intensité des réactions hors de proportion avec la cause d'excitation. 2° la durée exceptionnellement prolongée de celle-ci. 3° la non adaptation dans l'expression des émotions aux circonstances, événement triste déterminant le rire, frayeur causant le hoquet, etc. Dans la conception d'Oppenheim le nervosisme se résout en dernière analyse en un trouble des réactions qui ne sont pas adéquates aux excitations. Mais, lorsqu'on parcourt la série des caractères qu'il attribue à cet état morbide on voit qu'il en est comme le somnambulisme, les accès de délire hallucinatoire, qui seraient mieux placés dans le cadre de l'hystérie, et certaines comme les obsessions et les phobies que bien des auteurs classeraient dans les états de dégénérescence ou de psychasthénie. La délimitation entre ces diverses expressions de types neurologiques distincts est d'autant plus difficile à établir qu'il est fort possible que certains troubles comme l'excitabilité anormale des centres du vomissement, certaines hyperesthésies, etc..., que nous considérons comme des réactions nerveuses organiques anormales soient des propriétés transmises par hérédité et acquises par les ascendants sous l'influence d'un processus psychique, de la représentation mentale survenue dans des circonstances quelconques de l'acte de vomir, processus qui est considéré comme de nature hystérique.

Le nervosisme peut donc être regardé comme un état fonctionnel du système nerveux dont les caractères transmis héréditairement peuvent être la conséquence des troubles psychiques survenus autrefois chez les ascendants. Il prépare les voies aux diverses névroses, hystérie, psychasthénie, qui évolueront ensuite avec leurs caractères propres, mais le plus souvent intimément unis aux symptômes du nervosisme[1]. —

[1] L'hystérie et la neurasthénie semblent, comme l'a dit Strümpell, deux sœurs nées d'une disposition psychique générale le plus souvent congénitale.

A quel moment devrons nous admettre, chez l'enfant, que nous avons affaire à des accidents hystériques? Il est malaisé de répondre à cette question, car la clinique nous montre en réalité tous les intermédiaires entre le groupe des troubles dus au nervosisme et ceux auxquels on donne l'épithète d'hystériques.

Voici une fillette de 12 ans que j'ai présentée cette année à un de mes cours à la Salpêtrière, dans le service du professeur Raymond; élevée chez ses parents à la campagne, elle n'a jamais été en contact avec des hystériques. Dès l'âge de huit ans elle a des vomissements à l'occasion de futilités, une fois même elle a perdu connaissance. A dix ans première crise caractérisée : en voyant le cadavre d'une femme, elle se met à trembler, sent une boule qui l'étouffe, tombe, se débat, fait l'arc de cercle, etc. Depuis cette époque elle a eu plusieurs crises, qu'elle sent venir — mais de plus, depuis la mort de son grand-père, survenue récemment, et qui l'a vivement émue, elle a des crises de délire somnambulique durant une demi-heure au cours desquelles elle s'agite, voit des fantômes, parle du grand'père mort, se sauve dehors, déclare qu'elle veut se tuer, etc. Le souvenir des actes accomplis dans la crise précédente persiste au cours de l'accès somnambulique. — Au réveil elle n'a conservé aucun souvenir des crises. Rien de particulier au point de vue mental chez cet enfant, aucun stigmate somatique sauf une hypoalgésie généralisée, sans anesthésie tactile, et abolition du réflexe pharyngé. Dans ce cas on suit nettement dans l'histoire de la petite malade la transformation des troubles nerveux; tout d'abord il s'agit de simples réactions organiques excessives; vomissements, évanouissements pour des causes futiles, plus tard une émotion forte provoque un paroxysme convulsif réflexe purement idéo-moteur, puis les troubles des opérationes psychiques deviennent plus importants et insensiblement l'enfant arrive sous l'influence de l'émotion à la désagégation de la personnalité consciente et à l'automatisme psychique. Ici il n'y a plus de doute, nous sommes bien sur le terrain de l'hystérie.

Examinons en effet quels sont, d'après les auteurs, les attributs de l'hystérie infantile?

Tout d'abord l'hystérie ne semble guère pouvoir faire son apparition au-dessous de 5 ans — ce qui implique déjà la nécessité d'un certain développement psychique chez le sujet. Les manifestations paroxystiques sont surtout représentées chez l'enfant, par l'accès syncopal, l'accès de sommeil, le somnambulisme, et plus rarement la crise convulsive. Les accidents somatiques notés le plus fréquemment sont les troubles de l'appareil digestif, vomissements, hoquets, bâillements, péritonisme; ceux de l'appareil respiratoire, toux, accès dyspnéique, etc,, et des appareils sensoriels : amaurose, surdité, aphonie, etc., Parmi les troubles de sensibilité on constate généralement l'hypoalgésie et inci-

demment les hypéresthésies localisées, zônes hystérogènes, douleurs articulaires, musculaires, accompagnées ou non de contractures. Les paralysies sont rares; les mouvements anormaux, tics, chorées, sont fréquents.

Quelles différences établirons-nous entre cette catégorie de troubles brièvement résumés, et les accidents que nous avons attribués au nervosisme, en reconnaissant que pour quelques auteurs certains des symptômes que nous rangeons dans ce dernier état, sont classés dans la névrose hystérique et réciproquement. C'est à l'étude du mécanisme du phénomène dit hystérique qus nous allons demander la solution de ce problème.

———

Mécanisme des phénomènes hystériques. — Théories psychologiques.

Une considération qui ne me paraît par avoir été mise suffisamment en valeur et qui explique peut-être les grandes divergences qui existent dans les opinions relatives au mécanisme des phénomènes hystériques, c'est que la plupart des auteurs n'ont eu souvent en vue qu'un groupe de manifestations, les anesthésies, par exemple, et prenant comme type ce groupe, se sont contentés de démontrer que leur conception s'accordait bien avec les faits qu'ils se proposaient d'éclairer.

Il est possible qu'on ne soit pas en droit d'invoquer un mécanisme identique pour expliquer des troubles très différents les uns des autres comme la crise convulsive ou de sommeil survenant primitivement chez un enfant, sans cause, ou à la suite d'une réprimande banale, l'hypoalgésie primitive généralisée, l'hémianesthésie suggérée, le somnambulisme monoïdéique, la contracture d'un système musculaire de l'œil, la paraplégie complète superposée à un mal de Pott latent, sans signes cliniques importants de lésions organiques ; mais peut-être existe-t-il un lien réunissant ces diverses affections, ces diverses expressions d'un même état morbide, ce qui justifierait leur groupement sous la dénomination d'hystérie.

Depuis que les travaux de Brodie et de Briquet ont établi le caractère purement dynamique des accidents hystériques la question de la nature de l'hystérie a été posée bien souvent : pour les uns toutes les manifestations de la névrose relèvent d'une perturbation des processus de l'activité psychique dans ses rapports avec les actes de la vie organique, c'est la théorie dite psychologique qui a été présentée de manières très différentes — pour d'autres les phénomènes hystériques résultent d'un trouble des fonctions cérébrales considérées comme individualisées et localisées en dehors de l'intelligence, c'est le groupe des théories anatomophysiologiques — enfin certains observateurs ont estimé que si l'activité psychique troublée, déviée, anormale, pouvait provoquer certains symptômes, elle est incapable de donner naissance à toutes les formes que revêt l'hystérie et qu'il faut bien admettre que le système nerveux organique lui-même coopère dans certains cas à la production des phénomènes.

Que la plus grande partie des symptômes de l'hystérie soient tributaires d'une modification de l'état psychique c'est une notion que les caractères objectifs mêmes de la névrose devaient imposer aux observateurs, dès que l'étude des maladies nerveuses fut entrée dans une voie scientifique.

S'inspirant[1] des théories de Bain relativement aux relations de l'idée et du mouvement, l'idée ou la représentation étant en quelque sorte l'arrêt d'un mouvement à l'état naissant, Russel Reynolds affirme que la paralysie, les contractures, les troubles de sensibilité de l'hystérie peuvent être sous la dépendance d'une idée. — Charcot dès le début de ses études sur l'hystérie (1868) et dans le cours de son enseignement attribua justement un rôle important à l'idée fixe qui, installée dans l'esprit et y régnant sans contrôle, se développera et acquerra assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysies, contractures, hyperesthesies, mutisme, tous phénomènes qui peuvent apparaître spontanément ou être imposés aux sujets par la suggestion. — Enfin cette conception de l'hystérie, maladie mentale, prit une nouvelle importance en Allemagne avec la théorie de Mœbius[2] qui considéra l'hystérie comme une maladie due à un excès ou à un défaut de représentation; les modifications somatiques liées à des conceptions ou à des idées, déterminant elles-mêmes des modifications persistantes par la suite. Strumpell[3], qui dès 1887 considérait les phénomènes hystériques comme purement psychiques, se rallia en 1892 à la théorie de la représentation qui a été longtemps adoptée sans discussion en Allemagne.

Nous n'insisterons pas sur ces théories qui sont bien connues de tous les neurologistes : si elles sont acceptables pour expliquer un grand nombre de faits, elles sont manifestement insuffisantes pour éclairer la nature de certains troubles. Ces conceptions accordent en effet la première place dans la production des accidents à la conscience individuelle que l'observation clinique attentive nous montre au contraire rester bien souvent étrangère au phénomène. La puissance créatrice de l'idée ou de l'image mentale dans la genèse de certains accidents post-traumatiques, à plus ou moins longue échéance, des paralysies, des contractures et de tous les symptômes provoqués par suggestion n'est pas douteux. Mais on ne peut invoquer une idée fixe pour expliquer la production de symptômes primitifs dont le sujet, l'enfant surtout, n'a pas conscience, comme certaines anesthésies ou hypéresthésies, certaines paralysies fonctionnelles associées ou non à des lésions organiques latentes, les phénomènes somnambuliques, etc.

Cette théorie de la représentation mentale contient donc une part de vérité, mais elle ne s'applique pas à la totalité des faits, et l'on ne peut la prendre pour cette raison comme base d'une définition de l'hystérie, bien qu'en pratique quelques auteurs, comme Bruns, dans une monogra-

---

[1] Russel Reynolds. Remark on Paralysis and other disorders of motion and sensation, dependent on Idea. — *Brit. med. Journ.*, 1868, p. 483-485.

[2] Mœbius. Ueber den Begriff der Hysterie. *Centralbl. für Nervenheilk.*, 1888, N° 3.

[3] Strumpell. Antikritische Bemerkungen. *Neur. Centralbl.*, 1887, p. 487. Ueber die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellung. Erlangen 1892.

phie récente[1], estiment encore que dans les cas où l'on hésite pour formuler le diagnostic d'hystérie on soit autorisé à rechercher si le fait peut s'expliquer par la théorie de la représentation.

D'ailleurs les études psychologiques ont montré que la conscience paraissait avoir un rôle beaucoup moins actif dans la production des troubles attribués à l'hystérie qu'on ne l'avait pensé et nous allons voir que certains auteurs rapportent même un grand nombre de manifestations à la dégradation, et à l'altération de ces états de conscience.

Il nous faudrait passer ici en revue les très importants travaux que M. Janet a consacrés depuis plus de vingt ans à l'analyse psychologique des expressions de l'hystérie. Une pareille œuvre ne peut être analysée et surtout critiquée en quelques pages, et c'est à regret que nous n'en rapporterons que les tendances générales résumées en quelques formules, car les meilleures formules isolées de leur contexte se défendent mal.

Pour Janet certains sujets en vertu d'une prédisposition résultant de malformations congénitales et héréditaires des centres psychiques ont une insuffisance des fonctions cérébrales qui est mise en relief surtout par les émotions, les difficultés de l'existence, ou une maladie organique, ce qui explique l'apparition de l'hystérie surtout quand la personnalité de l'individu commence à se dégager. Cette insuffisance entraîne peu à peu un rétrécissement du champ de la conscience tel que les diverses impressions sensitivo-sensorielles seront de moins en moins perçues et que quelques-unes d'entre elles pourront ne plus l'être du tout (anesthésie). Certaines images motrices telles que celles des mouvements du bras, de la fonction de la marche, disparaitront oubliées, causant les divers types de paralysies ; certains groupes de faits relatifs à l'existence du sujet disparaitront de sa mémoire (amnésie), etc. Le trouble fondamental de l'hystérie est en somme la désagrégation de la conscience. La personnalité consciente plus ou moins dégradée devient incapable de rattacher au moi les sensations nouvelles, de faire revivre les acquisitions anciennes ; il en résulte une tendance au dédoublement de la personnalité. Cet état mental favorise le développement de certaines idées qui, insuffisamment contrôlées, critiquées par la conscience, prennent une force, une valeur toutes spéciales. Telle est l'explication la plus rationnelle de la suggestibilité si remarquable des hystériques qui facilite l'implantation des idées fixes lesquelles deviennent à leur tour des agents psychodynamiques puissants, gouvernant à leur guise l'activité psychique du sujet, même quand elles n'occupent plus la conscience ou ne l'ont jamais occupé d'une manière effective (idées subconscientes).

En somme Janet admet que l'hystérie est conditionnée d'abord par

---

[1] Bruns. Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1906.

une manière d'être du sujet « un état émotif, précis et permanent, qui localise les phénomènes d'une manière particulière, suivant les lois de l'émotion et de la suggestion »; c'est admettre l'existence d'un état constitutionnel névropathique chez l'hystérique, du nervosisme dont je parlais plus haut, mais à cet état s'ajoute, et c'est ce qui individualise l'hystérie, « une prédisposition mentale originelle ou acquise à la diminution de la synthèse et à la désagrégation de l'esprit, ou, si l'on préfère ces expressions, une disposition à l'engourdissement des centres d'association, une tendance au fonctionnement indépendant et par suite à l'arrêt des fonctions des centres sensoriels ». L'état constitutionnel du sujet est à l'origine de l'hystérie qui se traduit par une série de phénomènes tous sous la dépendance des troubles de l'activité psychique ; ceux-ci, en dernière analyse, sont la conséquence d'un rétrécissement du champ de la conscience.

Si la théorie de l'idée fixe ou de la représentation mentale pouvait être considérée comme trop simpliste et ne nous a pas paru expliquer la totalité des faits, on ne peut en dire autant de la conception générale de l'hystérie qui résulte des travaux de M. Janet dans lesquels, grâce à une analyse psychologique pénétrante, bien des points laissés dans l'obscurité par les théories précédentes sont mis vivement en lumière : elle explique d'une façon rationnelle la généralité des symptômes par l'exagération de troubles de l'attention qui peuvent exister à l'état d'ébauche chez l'homme normal, la distraction, qui diminue le champ de conscience et conduit à l'oubli de la fonction, phénomène qui, lui, est nettement pathologique et caractérise l'hystérie. La prédominance de l'idée par dégradation des états de conscience, des réflexes d'association, etc., n'est encore que l'exagération d'un fait normal — la diminution des perceptions extérieures que nous obtenons par l'attention volontaire facilitant les opérations conscientes relatives à un objet précis. La doctrine de Janet repose donc sur des observations psychologiques qu'on ne peut contester et qui lui donnent une grande valeur. Elle fournit une explication logique de la plupart des manifestations de l'hystérie, mais pas de toutes celles que nous avons eues en vue dans notre délimitation clinique; elle ne rend pas compte, notamment, de certains troubles liés à des lésions organiques, ni des phénomènes viscéraux, vaso-moteurs, etc. En effet, bien que Janet admette, à l'origine de l'hystérie, l'existence d'un état défectueux du système nerveux, il restreint les troubles de celui-ci aux fonctions psychiques et n'interprète les modifications organiques que par l'intermédiaire des divers états de conscience, laissant régner ainsi un doute sur la réalité de ces modifications. Il est vrai que dans le cas présent, les partisans de la doctrine de M. Janet pourraient demander à leurs adversaires de faire la preuve de la nature hystérique des faits qu'ils veulent faire rentrer

dans la névrose ; or, cette preuve ne peut être donnée, et nous devons nous contenter du mode de groupement des faits cliniques.

Nous avons formulé quelques réserves à l'égard de la théorie de M. Janet qui évidemment repose sur des interprétations psychologiques qui ne peuvent pas être démontrées, par suite de l'insuffisance de nos connaissances physiologiques, mais nous reconnaissons qu'elle constitue un système très satisfaisant, absolument conforme aux principes généraux sur lesquels est fondée la psychologie moderne.

Le professeur Grasset a exprimé, d'une façon plus concrète, la conception des diverses modalités des états de conscience qui est à la base de la théorie de M. Janet. Pour lui, il existe des fonctions psychiques supérieures, siège de la conscience, de la responsabilité, et des fonctions psychiques inférieures qui recueillent les impressions des sens et sont le point de départ d'actes coordonnés, ignorés parfois du sujet. La réunion de ces centres constitue le polygone psychique La désagrégation des centres polygonaux entre eux et l'interruption de leurs relations avec le centre psychique supérieur conditionnent les diverses manifestations de l'hystérie : le rétrécissement du champ de la conscience de Janet est représenté par la diminution du nombre des communications sus-polygonales. Dans les anesthésies, les sensations sont enregistrées dans le polygone, mais ne parviennent pas au centre O, centre psychique supérieur ; les paralysies sont dues au défaut de transmission des incitations motrices du centre O au polygone et aux centres moteurs inférieurs ; les contractures sont réalisées par l'hyperexcitabilité motrice du polygone. Tous les symptômes de l'hystérie peuvent trouver leur explication ainsi dans les modifications de l'état dynamique du polygone et de ses connexions avec le centre O. — La suggestibilité notamment de l'hystérique résulte de l'absence de direction du centre O qui n'a plus d'action sur le polygone, il en résulte que le malade accepte sans résistance la suggestion d'autrui.

Cette théorie qui procède de celle de M. Janet, a le mérite d'expliquer les troubles de l'hystérie en décomposant en quelque sorte les processus psychiques confondus dans le champ plus ou moins étendu de conscience, suivant la conception de Janet. Toutefois, une critique pourrait être adressée à M. Grasset, c'est que la simplicité qu'a prise la théorie sous sa plume est un peu artificielle, et les considérations anatomiques relatives aux connexions des centres sensitivo-moteurs avec les centres d'association inférieure et avec le centre O, localisées par certains auteurs dans des parties bien déterminées du cerveau, ne sont encore rien moins qu'hypothétiques. Enfin, signalons que pour M. Grasset l'hystérie n'est pas réduite aux phénomènes psychiques, et bien que par sa doctrine polygonale le professeur de Montpellier se soit rangé parmi les partisans de l'origine psychogène de l'hystérie, il n'a pas, croyons-nous, renié ses

affirmations d'autrefois et pense toujours que si l'hystérie est une névrose avec prédominance, si l'on veut, de l'écorce cérébrale, c'est une névrose du système nerveux tout entier.

Après avoir insisté un peu longuement sur ces deux théories psychologiques qui, en analysant le mécanisme des phénomènes hystériques, nous donne un critérium très acceptable, sinon de leur nature intime, du moins de leur mode de production, nous rappellerons brièvement certaines théories auxquelles on peut reprocher de ne s'appliquer qu'à un petit nombre des accidents qualifiés hystériques.

Binswanger[1] qui a consacré une monographie très complète à l'hystérie, déclare que les phénomènes hystériques sont sous la dépendance d'un défaut de corrélation entre la sphère psychique et la sphère physique — les excitants physiques ne produisent plus les réactions psychiques ou bien celles-ci sont insuffisantes ; d'autre part, à une excitation matérielle des neurones corticaux répond parfois une exagération des fonctions physiques provenant des réactions anormales de l'organisme. Pour Ziehen[2] ce qui distingue l'hystérique de l'homme normal, c'est la puissance extraordinaire d'évocation des représentations mentales que présente le premier — les représentations, en elles-mêmes, n'ont pas un caractère anormal, mais la façon intense dont elles prennent possession de l'esprit du sujet et l'accaparent, en quelque sorte, voilà le fait pathologique ; comme conséquence l'idée de la paralysie du bras cause l'impotence fonctionnelle réelle de celui-ci ; l'évocation de certains souvenirs prend la vivacité de l'illusion et de l'hallucination. Inversement, les impressions qui ne causent pas une émotion vive restent lettre morte pour le patient et n'entrent pas dans le champ de la conscience. L'auteur reconnaît encore à l'exagération de la suggestibilité une valeur pathogénique considérable. Cette théorie ne se distingue guère de celles qui attribuent un rôle capital à l'origine psychogène des divers symptômes.

M. Ed. Claparède[3] dont les analyses psychologiques fines sont hautement appréciées, a été amené à comparer l'hystérie au sommeil qu'il considère psychologiquement, comme un état de désintérêt, de distraction totale de la situation présente. L'hystérie peut être regardée aussi comme une distraction, mais partielle, systématisée, et, de plus, le désintérêt, contrairement à ce qui se passe dans le sommeil, persiste chez l'hystérique et souvent s'accuse d'autant plus qu'on attire davantage l'attention du malade sur les objets en question, quelque soit l'intérêt qu'il y aurait pour lui à prendre ces objets en considération, « l'hystérique, pourrait-on dire, présente, pour certains stimuli, une crampe de

---

[1] Binswanger, *Die Hystérie*, Wien, 1904.

[2] Ziehen, *Uber Hysterie*, Berlin, 1906.

[3] Ed. Claparède, *Esquisse d'une théorie biologique du sommeil*, Arch. de psychologie, IV, 1905.

désintérêt ». Cette condition explique que, comme dans le sommeil, les fonctions de réceptivité ne soient pas abolies. Le stigmate hystérique qui résiste, qui s'exagère même par les stimulants, est la conséquence d'une réaction exagérée de désintérêt : ce qui constitue la maladie hystérique c'est cette anomalie constitutionnelle de réaction. Et nous voilà encore une fois amenés à nous demander avec l'auteur genevois, comme déjà maintes fois nous l'avons fait précédemment, en quoi consiste cette anomalie de constitution, et « pourquoi certains individus présentent cette disposition à l'exagération réactionnelle, tandis que d'autres n'en formulent pas ? Le problème reste ».

Ainsi, la conception biologique de Claparède ne permet pas plus que les autres théories d'expliquer le fond de la nature de l'hystérie, elle s'applique surtout aux phénomènes d'amnésie et d'anesthésie dont elle fournit une explication ingénieuse ; l'auteur ne cherche point, d'ailleurs, si les autres manifestations s'accommoderaient de sa définition, il les considère, à l'instar de Janet, soit comme des phénomènes inhibitifs, soit comme « des expressions immédiates de la réactivité exagérée qui fait le fond de la disposition hystérique ».

Nous ne pouvons multiplier les citations et passer en revue successivement toutes les théories qui ont été proposées pour expliquer telle ou telle manifestation de l'hystérie — et notamment les troubles de la sensibilité — la plupart sont des variantes de la théorie de la représentation mentale exagérée ou de celle de M. Janet. Sans nous arrêter donc aux conceptions de Wundt, de Goltz, de Freyer, de Verworn, de Breuer et Freud, nous arrivons à la doctrine que Bernheim a proposée pour expliquer les caractères en apparence contradictoires de l'anesthésie hystérique, doctrine qui a inspiré des recherches nouvelles à son élève Blum et que nous résumerons brièvement[1].

D'après l'école de Nancy, les anesthésies primitives que nous considérons comme hystériques sont identiques aux anesthésies suggérées (ce qui nous ne parait nullement démontré). L'une et l'autre sont psychiques, c'est-à-dire des illusions de l'esprit. Si les anesthésies hystériques sont du type des anesthésies suggérées c'est que suggestibilité est une propriété normale du cerveau humain sous la dépendance de la crédivité et de l'excitabilité réflexe ideo-dynamique, c'est-à-dire l'aptitude du cerveau à transformer l'idée exacte. Un sujet se laissera d'autant plus facilement suggestionner que son excitabilité idéo-dynamique, idéo-motrice, idéo-sensitive, idéo-sensorielle, idéo-organique sera plus accrue. L'origine de cette suggestion en ce qui concerne l'anesthésie hystérique pourra être une hypoesthésie réelle antérieure ou l'auto-suggestion créée par le sujet. L'idée d'anesthésie entre donc dans le sensorium,

[1] Blum. Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Paris, O. Doin, 1906.

entretient chez le sujet l'idée qu'il ne doit pas sentir, la sensation est-elle mise en œuvre « elle pénètre bien dans le champ de la conscience mais l'esprit du sujet actionné par l'idée qu'il ne doit pas sentir, efface les sensations au fur et à mesure qu'elles arrivent dans le sensorium — l'esprit détruit la réalité et crée une illusion négative ». Pour affirmer la réalité de la perception consciente, M. Bernheim et ses élèves s'appuient sur toute la série des expériences bien connues comme celle du prisme, de l'appareil de Snellen, de la superposition des couleurs, etc. Ces constatations prouveraient que la sensation entre dans la conscience du sujet mais que celui-ci, dont l'idéo-dynamisme est exagéré, la repousse et la considère comme non avenue. M. Bernheim admet même que cette perturbation idéo-dynamique peut être assez prononcée pour que l'anesthésie psychique arrive à se matérialiser : l'idée du phénomène peut produire dans la région anesthésiée des modifications moléculaires intéressant les nerfs sensitifs qui empêchent l'influx nerveux de passer. La même doctrine, permettrait, d'après M. Blum, d'interpréter d'autres phénomènes tels que les paralysies ou les contractures hystériques.

En supposant que cette intervention active du sujet dans la neutralisation de phénomènes conscients ressortent des observations des auteurs, et la démonstration ne nous paraît pas pouvoir en être faite, il nous semble que la conception de M. Bernheim ne change rien à la nature des phénomènes hystériques telle qu'elle nous apparaît d'après les théories psychologiques de Janet et de Grasset et qu'elle ne tend qu'à introduire un facteur nouveau, dont l'utilité ne s'imposait pas, la suggestion. Tout le monde est d'accord sur la matérialité des faits : il y a des sujets dont la sincérité n'est pas douteuse qui affirment ne pas sentir, être privés d'un sens ; l'expérience prouve que les centres récepteurs des sensations sont impressionnés, mais dans les conditions ordinaires, la conscience du sujet les ignore — ce phénomène est-il sous la dépendance d'une réaction de désintérêt (Claparède), d'une négligence provoquée par le défaut de synthèse mentale, la diminution du champ de conscience (Janet) ou d'une interruption dans les communications sus-polygonales (Grasset), ou est-il l'effet d'une intervention critique de l'esprit qui, dominé par l'idée fixe d'anesthésie efface l'impression perçue et consciente ? — Il nous semble qu'il est impossible de se prononcer entre ces diverses hypothèses, et que l'école de Nancy n'est pas autorisée à repousser les conceptions de Janet et de Grasset sous prétexe que les sensations sont si bien perçues par la conscience, que c'est au nom de cette conscience supérieure qu'elles sont repoussées. L'intervention de cette conscience active, annihilante, si je puis ainsi dire, est inutile pour expliquer les phénomènes et M. Bernheim n'a été amené à l'invoquer que parce que cette interprétation est la conséquence de la doctrine de la suggestion, soutenue ardemment par le professeur de Nancy, et qui a éclairé singulièrement il est vrai, la question de l'hystérie et de l'hypnotisme.

Cette revue rapide des théories psychologiques de l'hystérie montre combien ces conceptions sont fragiles, ce sont des systèmes ingénieux qui s'adaptent pour la plupart assez bien aux faits qu'ils tentent d'expliquer, mais comment en démontrer le bien fondé ? Nous avons déjà vu que l'opinion de M. Grasset, qui objective les faits si clairement, a de plus le mérite de n'être pas en opposition avec ce que nous croyons savoir de certaines dispositions anatomiques des centres nerveux. — La connaissance des localisations cérébrales et des connexions anatomiques des centres entre eux, des voies de transmission centripètes et centrifuges de l'influx nerveux, devait orienter les esprits vers une conception purement physiologique et conduire à considérer les manifestations hystériques comme des troubles fonctionnels, comme des altérations dynamiques des centres et des voies de conduction.

Les théories physiologiques.

C'est M. Sollier qui s'est fait le champion convaincu de cette théorie physiologique : « ce qui caractérise les troubles hystériques, c'est qu'ils sont essentiellement fonctionnels, tant par leur topographie que par leur évolution, puisqu'ils peuvent toujours disparaître sans laisser de traces ». Le trouble organique qui les produit n'est donc pas anatomique, mais physiologique : il peut être caractérisé d'un mot, c'est un phénomène d'arrêt ; peu nous importe, pour le moment, de savoir à quoi est dû cet arrêt et de quelle nature il est. D'autre part, ce phénomène d'arrêt se produit dans des centres nerveux supérieurs, certainement au niveau de l'écorce cérébrale et peut-être aussi dans les centres inférieurs du cerveau et de la moelle [1]. Tels sont les principes fondamentaux de cette théorie.

Le trouble fondamental admis, l'arrêt des fonctions cérébrales, la théorie est encore obligée, pour la production des diverses manifestations de l'hystérie, de recourir à des hypothèses qui ne reposent que sur une base bien fragile. Nous comprenons bien (et nous en verrons la cause tout à l'heure) les paralysies sensitivo-motrices par arrêt des centres sensitivo-moteurs de l'écorce dont la localisation est assez précise, l'abolition de certaines représentations mentales par arrêt des centres sensoriels ; mais, pour expliquer l'idée fixe, il nous faut admettre un arrêt moins complet des centres se produisant à un moment où ces centres sont dans un état moléculaire correspondant à une certaine représentation ou sensation ; les centres étant immobilisés en quelque sorte en cet état, les représentations deviennent permanentes constituant l'idée fixe. M. Sollier explique ainsi par les variations dans le fonctionnement des divers centres, des modifications psychologiques telles que le dédoublement de la personnalité, le rétrécissement du champ de la conscience, l'amnésie, l'aboulie, la suggestibilité, etc., de telle sorte « qu'un seul trouble peut rendre compte de tous les phénomènes hystériques pris successivement pour pivot de la névrose, et concilie toutes les explications psychologiques » que M. Sollier déclare d'ailleurs insuffisantes et incapables de s'appliquer à tous les cas.

Cette interprétation du mécanisme des manifestations hystériques, fondé sur l'arrêt des fonctions, résulte de la conception de la nature de l'hystérie, laquelle consiste, pour M. Sollier, dans un état de sommeil.

---

[1] Sollier, *L'hystérie et son traitement*, p. 29.

L'hystérique est un sujet endormi plus ou moins profondément ; l'anesthésie, symptôme banal, n'est que la signature de l'hystérie, la traduction apparente du sommeil du cerveau. Si le sommeil n'est pas complet, à chaque partie du cerveau endormie correspond une zone d'anesthésie, et, lorsqu'on en rétablit la sensibilité par des manœuvres qu'a indiquées M. Sollier, il se produit, du côté du cerveau, des sensations spéciales, douloureuses ordinairement, en un point localisé. En même temps la sensibilité du crâne dans la partie correspondante reparaît après avoir été, elle aussi, douloureuse. S'appuyant sur ces constatations, M. Sollier a déterminé sur le vivant les centres cérébraux des membres et même des viscères. D'ailleurs, pendant la restauration de cette sensibilité, le sujet peut percevoir la forme, les dimensions de ses organes, et quelquefois leur constitution anatomique, et même modifier certains phénomènes de sécrétion, de vaso-motricité qui échappent à la volonté dans l'état de veille normal.

Ces phénomènes qui ne peuvent être constatés que chez le sujet dont on réveille la sensibilité, pendant l'hypnose ou non, c'est-à-dire dont les centres sont supposés engourdis, ne nous paraissent pas traduire normalement un état de sommeil de ces centres. Il y a dans tous ces faits la preuve d'une hyperacuité sensorielle et d'une suractivité fonctionnelle qui ne nous semble pas en rapport avec l'arrêt du fonctionnement des centres, qui, nous l'avons vu, constitue, d'après Sollier, la manifestation hystérique. Pour cet auteur, la crise hystérique générale ou locale serait elle-même due à une perte suivie d'un retour partiel de la sensibilité ou simplement à des retours spontanés sans perte préalable; affirmation qui est contredite par l'observation de chaque jour et que nous ne pouvons expliquer, même en adoptant la manière de voir de Sollier.

Cette théorie, dont nous avons exposé les principes fondamentaux, est résumée dans la définition suivante : « L'hystérie est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints par des manifestations vaso-motrices, trophiques, viscérales, sensorielles et sensitivo-motrices et enfin psychiques et suivant ses variations, son degré et sa durée par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents proxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigiambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu. » Enfin, Sollier pense qu'il faut chercher la cause de cet arrêt des centres dans un trouble vaso-moteur, un spasme des vaisseaux de ces centres comme l'admettait Bastian.

Mais à ce point de vue, encore, il nous semble que c'est chercher une explication trop mécanique de phénomènes qui ne sont pas super-

posables aux troubles physiologiques que nous connaissons bien. Un trouble dans l'irrigation de certaines parties du cerveau donne lieu à des symptômes qui sont très différents, dans leur manifestation clinique et leur évolution, des accidents hystériques. C'est l'objection capitale que l'on peut faire à toutes les théories purement anatomophysiologiques, comme celle déjà ancienne de Ch. Bastian, théories qui paraissent bien ruinées par les acquisitions modernes de la neuropathologie.

On connait en effet la tendance de quelques auteurs à considérer les manifestations des maladies purement fonctionnelles comme superposables aux manifestations des lésions organiques dont elles ne différeraient que par le degré et non par la nature objective des symptômes. Les névroses comme l'hystérie, d'après Bastian, sont susceptibles d'être localisées, les troubles, surtout vasomoteurs, qui en constituent le substratum organique occupent les mêmes régions, provoquent les mêmes symptômes, par le même mécanisme, que les maladies organiques.

Soury [1], commentant la théorie de Bastian, rappelle que les observations et expériences de Horsley, relatives aux lésions destructives des circonvolutions ascendantes, ont confirmé l'exactitude du tableau symptomatique des troubles fonctionnels de ces centres dans les paralysies hystériques. Ainsi, pour Bastian, l'émotion sur un terrain névropathique ou prédisposé par une maladie antérieure, un shock traumatique, engendre un spasme des vaisseaux de telle ou telle région du cerveau pouvant abolir partiellement ou complétement l'activité fonctionnelle de cette région. En faveur de cette opinion Bastian fait valoir la brusquerie d'apparition et la disparition soudaine des accidents, toutefois la persistance de ces troubles vasomoteurs pourrait peut être, en compromettant la nutrition, causer des désordres organiques secondaires ce qui expliquerait le retour progressif et lent vers l'état normal dans les paralysies, remarque faite également par Charcot, qui va à l'encontre des légendes de guérison instantanée dans les lieux où s'accomplissent les miracles de la foi qui guérit.

Le spasme vasculaire peut donc troubler le fonctionnement des centres corticaux qui pour Bastian sont les centres sensitifs où sont enregistrées, associées et conservées les impressions des sens qui accompagnent l'exécution de tout mouvement, les sensations kinesthésiques. Ces centres commandent à leur tour aux centres bulbo spinaux qui, eux, sont les véritables centres d'où partent les incitations motrices qui actionnent les muscles. Ainsi le spasme des vaisseaux de la corticalité de la zône rolandique rend le sujet incapable de rappeler en idée les mouvements de son bras paralysé par exemple, (to recall in idea movements of her paralysed arm.) Des paralysies fonctionnelles de même nature peuvent résulter

Soury. Le Système nerveux central, p. 1905.

d'un trouble vasomoteur, de toutes les parties des centres nerveux (région capsulaire, voies cortico-spinales, etc.) Les centres moteurs de la moelle eux-mêmes peuvent présenter une diminution de leur activité fonctionnelle qui les rend incapables de répondre aux stimuli volitionnels qui leur viennent du cerveau.

Cette conception des lésions dynamiques des centres dans l'hystérie a été acceptée à une certaine période par un grand nombre de neurologistes. Nous rappelerons que Charcot dans ses travaux avec Cartaz sur le mutisme hystérique admettait que cet accident était dû à une paralysie psychique du centre verbal par auto-suggestion : « c'est dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux, qu'il faut chercher la lésion dynamique d'où dérivent les symptômes dont il s'agit, et le mécanisme qu'il convient d'invoquer n'est autre que celui qui, suivant nous, rend compte de la production des paralysies dites psychiques ou mentales. Cette théorie aujourd'hui fondée sur un nombre considérable de faits et d'expériences est applicable à beaucoup d'affections hystériques particulièrement à celles qui naissent sous l'influence d'une cause occasionnelle telle que une violente émotion, un traumatisme[1] ».

Cette conception physiologique qui veut assimiler les accidents hystériques aux manifestations des lésions organiques qui ne se distingueraient que par l'origine des troubles fonctionnels, ici modification de l'état structural d'un système anatomique, là modification de nature dynamique ou circulatoire de ce système qui conserve toute son intégrité, cette conception, dis-je, a été infirmée par les acquisitions scientifiques modernes. Nous savons que le mutisme hystérique ne s'accompagne pas des troubles de l'intelligence, de la lecture, de la compréhension de la parole, etc. qui sont constants dans les diverses formes d'aphasie organique. Les paralysies par lésions organiques des centres et des voies conductrices de la motilité ont des localisations périphériques, s'accompagnent de troubles du tonus musculaire, des réflexes, de la trophicité bien mis en lumière par Babinski et qui n'existent pas dans l'hystérie. De même les anesthésies hystériques n'ont nullement les caractères des anesthésies provoquées par les lésions des ganglions de la base du cerveau, du thalamus.

Ces remarques concernent la généralité des faits, mais nous ne pouvons passer sous silence certaines constatations faites par des neurologistes dont les affirmations doivent être prises en considération et qui tendraient à laisser penser que l'appareil nerveux de l'hystérique serait capable de subir des altérations dynamiques dans certains systèmes anatomiques, telles que les symptômes qui en résultaient seraient la copie exacte de ceux qui sont produits par une lésion organique frappant les mêmes systèmes.

On a signalé ainsi l'exagération des réflexes tendineux et le clonus du

[1] Charcot. Œuvres, t. III p. 480, p. 335-342.

pied (Déjerine), la disparition temporaire de ces réflexes (Nonne, Déjerine, Wiegand) Dans un cas récemment rapporté par van Gehuchten [1] concernant une jeune fille hystérique atteinte de paralysie du type spastique, le professeur de Louvain nota une trépidation spinale marquée et le réflexe de l'orteil en extension, symptômes qui associés à d'autres troubles firent porter le diagnostic de syringomyélie. Or, quatre à cinq jours après, la malade n'avait plus aucun des signes relevés précédemment. Van Gehuchten pense qu'il s'agissait dans le cas actuel d'accidents hystériques. L'étude des lésions s'accompagnant de simples compressions de la voie pyramidale l'ont conduit à considérer l'existence du clonus du pied et du signe de Babinski non pas comme des signes de lésion destructive des fibres corticospinales, mais simplement comme l'expression de l'interruption fonctionnelle ou mise hors de fonction temporaire de celles-ci. Dans les cas graves d'hystérie la mise hors de fonction (interruption psychique, si l'on veut) des fibres corticospinales peut causer la paralysie et dans certains cas entraîner même la suspension de leur action inhibitive sur les centres médullaires, qui provoque à son tour l'exagération des réflexes tendineux et des réflexes cutanés inférieurs, c'est-à-dire le clonus du pied et le signe de Babinski.

Ces faits sont d'un haut intérêt et conduisent à poser de nouveau la question du criterium permettant de distinguer les affections organiques des affections fonctionnelles. Mais le petit nombre de ces observations ne permet pas d'en faire état pour diminuer l'importance de faits qui paraissent bien établis. En effet je crois qu'il faut toujours songer en pareil cas à la possibilité de ces associations hystéro-organiques dans lesquelles l'élément organique peut être latent, ou ne se manifester que d'une façon discrète, à côté de troubles nettement hystériques; ces symptômes organiques peuvent même s'atténuer, disparaître pendant un certain temps, parce que la lésion qui les a engendrés s'est elle-même atténuée, ou a guéri momentanément, comme cela a été noté dans certaines méningites, dans le mal de Pott et dans de nombreuses maladies des centres nerveux dont les rémissions sont bien connues. Je ne nie pas que les réflexes tendineux ou centraux puissent être modifiés, diminués ou exagérés dans l'hystérie, c'est là peut-être une simple manifestation du nervosisme concomitant de la névrose, mais je crois qu'il est prématuré de dire que des réflexes anormaux comme le clonus du pied, le signe de Babinski, qui sont conditionnés par la suspension d'une énergie indépendante de la volonté, puissent se rencontrer dans l'hystérie autrement que sous la forme d'une copie grossière ; c'est du moins ce que j'ai vu dans mes recherches faites avec Rose [2], sur le clonus du pied dans l'hystérie.

---

[1] Van Gehuchten. Clonus du pied et signe de Babinski dans l'hystérie. Le Névraxe. Vol. VIII, 1906 p. 311.

[2] H. Claude et F. Rose. Etude graphique du clonus du pied dans les maladies organiques et fonctionnelles du système nerveux. Rev. neurolog. 30 sept. 1906.

Une définition scientifique de la nature de l'hystérie ne peut être donnée actuellement. — On ne peut que tenter de grouper, dans une définition, les caractères paraissant essentiels pour différencier les manifestations qualifiées d'hystériques. — Essai de définition basée sur l'état constitutionnel et les aptitudes psychiques de l'hystérique. — Comment justifier, dans la pratique, le diagnostic d'hystérie.

Ainsi malgré les acquisitions dont s'enrichissent sans cesse les sciences médicales, nous voyons se manifester des doutes dans les esprits relativement aux caractères distinctifs des maladies organiques et des maladies fonctionnelles du système nerveux. C'est que, malgré les travaux qui ont contribué à éclairer d'un jour nouveau la nature de ces dernières, nous sommes encore fort embarrassés pour définir l'essence même des phénomènes qui en conditionnent l'éclosion dans tel ou tel organisme. Dans les pages précédentes nous avons essayé de résumer brièvement les tentatives qui ont été faites pour expliquer le mécanisme des troubles qui sont l'expression de la plus importante des affections fonctionnelles du système nerveux, de l'hystérie. Nous avons vu combien, même dans cette tentative d'analyse des faits, les opinions étaient différentes parmi les auteurs. Dans ces conditions il peut paraître vain de songer à connaître le trouble initial fondamental qui est à l'origine de la maladie puisque le mode de production de ses manifestations est encore si obscur. Mais nous ne devons pas nous interdire d'exprimer ce qui nous paraît se rapprocher le plus de la vérité.

Nous ne possédons pas un critérium, cela a été démontré plus haut, permettant de définir l'hystérie ou du moins ceux qu'on nous a proposés nous avons cru pouvoir les rejeter parce qu'ils ne reposaient que sur des affirmations, et ne s'inspiraient pas d'une conception rigoureusement scientifique de la nature de l'hystérie. Les diverses doctrines que nous avons passées en revue et qui avaient la prétention de nous fournir les indications que nous cherchions sur le mécanisme des phénomènes ont en général le défaut d'être des systèmes trop étroits, dans lesquels les auteurs ne sont arrivés à faire rentrer un certain nombre de manifestations de l'hystérie, apparaissant réunies par une loi commune, qu'en sacrifiant celles qui ne répondaient pas à leur définition. Mais ce qui montre combien ces théories sont fragiles c'est qu'elles sont restées pour la plupart le monopole d'une Ecole en quelque sorte, ceux qui les avaient conçues continuant leurs recherches en restant fidèles à la manière de voir qu'ils avaient adoptée, l'illustrant dans chaque publication de faits

qu'ils croyaient d'autant plus démonstratifs qu'ils étaient portés naturellement à les interprèter d'une certaine façon, et c'est ainsi que nous avons eu l'hystérie suivant Charcot, l'hystérie suivant Bernheim, l'hystérie suivant Sollier, suivant Babinski, pour ne pas dire suivant chaque auteur et, malgré la forte impulsion donnée par quelques-uns à l'évolution des idées, nous discutons encore aujourd'hui la nature de l'hystérie.

Une remarque trouve ici sa place, et je prie qu'on n'y voie pas une critique personnelle à l'égard d'éminents cliniciens dont les travaux font justement autorité : il est naturel que les conditions d'observation dans lesquelles ont été placés certains médecins, que leurs tendances d'esprit particulières, leur orientation résultant de leurs publications, que les recherches faites dans leur entourage aient eu une influence sur l'élaboration de leurs doctrines relativement à l'hystérie. Et puis dans bien des cas la personnalité du médecin, dont les idées, les procédés d'examen et de traitement ont diffusé au dehors, a déjà exercé son action sur le malade avant toute intervention du clinicien qui trouve alors, sans qu'il croie avoir fait la moindre suggestion, un terrain déjà préparé pour ses recherches. C'est ainsi que des expériences qui ont été la clef de voûte de la doctrine de certains auteurs n'ont jamais pu être répétées par d'autres observateurs ; on est porté ainsi à penser qu'elles ne sont pas indépendantes d'une certaine ambiance. Je l'ai déjà dit, l'expérimentation en matière d'hysterie est très dangereuse, elle conduit à compliquer les faits et crée la confusion. Ces remarques ne me paraissent pas superflues pour expliquer les divergences d'opinion que nous avons eu à enregistrer et l'insuffisance de la plupart des définitions qui ont été proposées.

Devons-nous en présence de ces tentatives infructueuses, faites pour limiter d'une façon rationnelle le domaine de l'hystérie, abandonner cette tâche ingrate et renoncer à établir la définition d'un état morbide dont nos devanciers ne nous ont pas paru, pour des raisons différentes, avoir réussi à fixer les caractères propres. Certains, et non des moindres, l'ont pensé. Lasègue n'a pas craint de déclarer que la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. M. Babinski lui a reproché sévèrement cette faute de logique : « Dire que des mots qu'on a du reste la prétention de conserver ne peuvent être définis, c'est soutenir que les mots précèdent les idées ! » Ce reproche serait fondé si une définition devait représenter seulement une étiquette dont on décore un groupe de faits qu'on réunit ainsi arbitrairement. Une définition au sens propre du mot implique une connaissance assez approfondie de la nature de l'objet à définir pour qu'on puisse l'appliquer à l'ensemble des caractères de cet objet et ne l'appliquer qu'à lui. Il est donc nécessaire, avant de tenter de définir l'hystérie, de rechercher si nous possédons des éléments d'appréciation de la nature de cet état morbide suffisants pour le caractériser. Or, en l'absence de constatations anatomiques ou biochimiques précises, l'in-

terprétation des faits cliniques, même éclairée par la physiologie et la psychologie, est une base bien fragile. Aussi estimons-nous que dans l'état actuel de la science, il convient d'observer une certaine réserve dans la description de l'hystérie, dont les définitions que nous possédons ne permettent pas de dessiner le cadre. C'est pourquoi ne pouvons souscrire à l'affirmation de MM. Dutil et Laubry, les ardents tenants de la doctrine du pithiatisme, lorsqu'ils proclament que la définition de l'hystérie doit précéder l'étude de ses symptômes et commander celle-ci [1]. Nous ne pensons pas néanmoins qu'il faille souscrire à l'aveu d'impuissance de Nissl [2] qui déclarait que le seul criterium certain de la nature hystérique d'un symptôme c'est la preuve de l'existence de l'hystérie chez l'homme atteint — et ailleurs : « les symptômes hystériques n'ont rien en soi de caractéristique, ils ne méritent ce nom que parce qu'ils se développent sur le terrain d'un état hystérique, qu'ils se dissipent et sont influencés par un traitement psychique et peuvent disparaître sans laisser de traces. »

Il est possible d'aller plus loin, si nous savons faire notre profit de certains faits d'observation clinique bien établis qui éclairent d'un jour nouveau la symptomatologie de l'hystérie, de l'analyse des actes psychiques dégagés de toute conception théorique relative à leur mécanisme, et si nous savons laisser la psychologie et la physiologie dans leur domaine respectif en ne leur demandant pas de s'unir trop étroitement pour interpréter les faits. L'histoire de l'hystérie, dégagée autrefois des interventions miraculeuses et des mystères de l'occultisme, doit être revisée aujourd'hui avec le souci de rejeter toute observation non controlée avec les moyens d'investigation scientifique que nous possédons actuellement. On fera table rase ainsi d'une foule de symptômes qui encombrent la pathologie et seraient souvent mieux à leur place dans les annales de la simulation.

Si nous agissons ainsi, si nous ne tenons compte que des faits que tout médecin qui sait voir est à même d'observer, si nous nous attachons surtout à noter l'évolution et la progression des accidents nerveux chez nos malades, en donnant toute notre attention au mode d'éclosion des crises dès l'enfance, nous sommes conduits à une conception de la nature des phénomènes observés chez les hystériques dont il sera logique de tirer une définition de la maladie.

Dans ses leçons sur l'hystérie publiées tout récemment [3], mon maître, le professeur Raymond, a bien montré comment nous devions interpréter en médecine, les faits cliniques à la lumière des travaux des psychologues.

---

[1] Traité de Médecine, 2e édition, art. Hystérie.

[2] NISSL. *Centralbl. für Nervenheilk.* 1901 (cité par Werle Halli).

Prof. RAYMOND. Considérations générales sur l'hystérie. *Bull. Médic.*, 5 juin 1907.

Ce qui manque à l'hystérique, c'est le contrôle du moi sur la réalité des perceptions ou des conceptions. « Une série de sensations correctrices, d'ordre psychique, motrices, sensitives, tactiles, musculaires, articulaires ou autres, n'étant pas à la disposition du sujet parce qu'elles ne sont plus perçues — peu importe le mécanisme invoqué — il en résulte que celles qui sont nettement enregistrées prennent une force, une ampleur, un relief exagéré et deviennent ainsi pathologiques. »

La conséquence du rôle de cette perturbation psychique c'est le développement de la suggestibilité qui, portée à l'extrême, laisse éclater, dans toute leur intensité, les innombrables manifestations de la névrose, en rapport immédiat avec les pensées, les représentations mentales, les sensations, surtout d'origine émotive. « Le désordre du moi de l'hystérique, sa manière de réagir et de sentir, créée brusquement ou lentement, se résume donc en une modification, plus ou moins durable, du régime des réflexes cérébraux, laissant ceux-ci, sans frein correcteur, fonctionner à faux et produire tels ou tels désordres pathologiques dans les divers domaines dont ils étaient chargés d'assurer le fonctionnement régulier. » — M. Raymond démontre que cette conception rend compte de tous les symptômes que l'on considère généralement comme hystériques, et il est conduit ainsi à résumer sa doctrine dans la définition suivante : « La psychonévrose hystérie — qui n'est qu'une manière spéciale de réagir et de sentir de la part de l'individu atteint — résulte d'une modification particulière du dynamisme nerveux, caractérisée par un trouble du régime des réflexes corticaux ou sous-corticaux. Ceux-ci, inhibés ou excités, engendrent la dissociation des opérations physio-psychologiques et leur fonctionnement isolé et sans contrôle ; ainsi sont créés des syndrômes nerveux, plus ou moins durables, dans les divers domaines que règlent ces réflexes. »

Cette définition nous permet de classer nettement l'hystérie parmi les états dynamiques et de lui assurer sa place dans la pathologie nerveuse. Elle rend compte du mécanisme des accidents de la névrose et nous indique les caractères que nous devrons exiger d'un trouble morbide pour le qualifier d'hystérique.

Toutefois, il me semble qu'il y aurait peut être avantage à tenir compte, dans une définition de l'hystérie, des conditions de terrain pour expliquer la genèse des manifestations hystériques, les rémissions prolongées, ainsi que la physiologie pathologique de certains troubles somatiques.

L'observation clinique nous montre qu'il existe une catégorie d'individus qui, dès l'enfance, présentent les manifestations de cet état du système nerveux qu'on peut appeler le nervosisme. — Cet état, ordinairement héréditaire, parfois engendré par une mauvaise hygiène, un traumatisme, une maladie grave, est caractérisé par un défaut de régu-

lation dans les processus réflexes qui interviennent dans les fonctions organiques et les fonctions psychiques, ou qui mettent en rapport celles-ci avec celles-là. En ce qui concerne les fonctions organiques, cet état se révèle par des réactions excessives non appropriées à la cause qui les a provoquées, et se traduit par l'exagération ou la suppression des phénomènes physiologiques du domaine de la motilité, de la sensibilité, de la circulation, des sécrétions, etc.

Au point de vue psychique, le nervosisme se manifestera soit par l'exagération de l'émotivité, de la réceptivité sensitivo-sensorielle, soit par l'apathie, l'indifférence, etc. Dans la série des actes réflexes qui réunissent les fonctions organiques aux fonctions psychiques, il est facile de mettre en évidence le même trouble des réactions qui seront exprimées par l'exagération ou la diminution de la fonction.

C'est sur ce terrain si favorable que germeront les névroses et notamment l'hystérie.

Les attributs du nervosisme, l'hystérique les conserve ; bien plus, il les amplifie et les transforme. En quoi consiste cette transformation, comment s'opère-t-elle pour constituer la manifestation hystérique ?

L'hystérique tient de son état constitutionnel, que nous avons appelé le nervosisme, une hyperesthésie sensitivo-sensorielle qui a comme conséquence de créer, dans l'esprit du sujet une tendance à la désagrégation des états psychiques, conséquence directe de la multitude ou de l'intensité des sensations que la conscience est dans l'obligation de sélectionner, pour les fixer.

Certaines impressions ou sensations, ainsi mises en quelque sorte en pleine lumière, prennent une importance énorme, accaparent, pour elles seules, l'activité réflexe, et, sur ce terrain de nervosisme, donnent lieu à des réactions exagérées. C'est ainsi que chez l'enfant, dès les premières perceptions conscientes, l'émotion, la peur, les contrariétés, la douleur, pourront se traduire, non plus comme chez le sujet normal ou simplement nerveux, par les pleurs, la modification de traits, de la coloration du visage, etc., mais par la crise convulsive, la crise syncopale, l'accès de sommeil, qui ne sont que des réactions psychodynamiques qui ont pris une intensité inusitée grâce à leur isolement en dehors de l'influence frénatrice des centres psychiques supérieurs du jugement, de la volonté, etc., etc. Telles sont les expressions initiales de la névrose, chez le jeune enfant, particulièrement, alors que par suite du faible degré de développement les opérations psychiques sont très réduites, bornées souvent aux fonctions d'acquisitions relevant des sens, aux fonctions de conservation représentées par la mémoire, et aux fonctions de combinaison basées sur l'association des idées. Toutes ces opérations sensitives qui peuvent s'accomplir machinalement auront, chez l'hystérique, une tendance spéciale à la dissociation, les unes pren-

nent une acuité excessive, une valeur d'exception au détriment des autres plus ou moins annihilées.

Chez le sujet plus avancé en âge, les fonctions intellectuelles (fonctions de jugement, de raisonnement, de généralisation), dont les opérations précédentes sont la condition préalable, vont être perturbées, conséquence logique du trouble des premières, ce qui nous expliquera l'état mental particulier des hystériques. Enfin, ces jugements, ces raisonnements, ces idées générales ou concepts ainsi faussés pourront, eux aussi, occuper dans la conscience une place très inégale, de telle sorte que l'importance capitale, exagérée de certains, relèguera les autres complètement dans l'ombre. Ces éléments divers de la synthèse psychologique qui s'isolent, deviennent. grâce à cet appareil réflexe puissant, à la gamme si riche, dont l'hystérique jouera consciemment ou inconsciemment, des agents dynamogéniques dont la force sera encore accrue par toutes sortes de circonstances, intrinsèques ou extrinsèques, l'émotion, l'intérêt ou bien les circonstances extérieures, la contagion morale, etc.

L'hystérie est-elle une diathèse, comme l'a avancé Bernheim ? Si l'on donne à ce mot le sens que lui assigne le professeur Bouchard, l'hystérie peut-elle être regardée comme une disposition morbide aux maladies, dépendant d'un trouble préalable de la nutrition ? On pourrait être tenté de faire un parallèle entre la diathèse goutteuse et la diathèse hystérique : celle-ci apparaît sur le terrain mal défini du nervosisme, comme celle-là sur celui de l'arthritisme. L'une et l'autre peuvent rester latentes plus ou moins longtemps ou ne laisser soupçonner l'éventualité de leur apparition que par des symptômes bénins de l'arthritisme ou du nervosisme, mais surviennent un écart de régime, une grosse émotion, l'accès de goutte, comme la crise hystérique, pourra faire son apparition. Pouvons-nous justifier cette comparaison par l'existence d'un trouble préalable de la nutrition dans l'hystérie comme dans la goutte. J'ai rappelé que certains auteurs ont admis l'existence du ralentissement de la nutrition chez l'hystérique; leurs travaux ne m'ont pas paru confirmés par les recherches récentes; de mon côté, il m'a semblé que le trouble le plus caractéristique de la nutrition dans cette affection était la variabilité entre des limites anormales, excessives, du coefficient d'utilisation azotée, indiquant une sorte de déséquilibration dans le métabolisme de la matière albuminoïde. Mais j'estime que cette question réclame de nouvelles recherches et que nous ne pouvons pas affirmer, d'une façon précise, quelle est la perturbation de l'économie qui caractérise la nature intime de l'hystérie.

Nous avons déjà dit comment nous comprenions la genèse et le mode de production des divers accidents de cette psycho-névrose. Il nous paraît inutile de revenir sur tous les symptômes et toutes les

formes de cette affection pour rechercher si le mécanisme que nous avons indiqué explique l'apparition des divers troubles qualifiés hystériques de l'avis général. Nous estimons que ceux-ci ont comme caractère commun d'être l'expression d'une variabilité extrême dans l'importance des perceptions conscientes ou inconscientes et aussi des aperceptions de tout ordre, variabilité telle, que certaines prennent une influence dynamogénique considérable, alors que d'autres sont annihilées, et cela sous l'influence de cet état psychique particulier inhérent à l'hystérique que caractérise bien l'expression de désagrégation de la synthèse mentale (Janet). Quant à l'origine de cet état psychique, elle doit être cherchée le plus souvent dans le défaut de régulation des processus réflexes élémentaires, qui constitue le nervosisme, état organique, ouvrant les voies à l'hystérie. La plupart des troubles viscéraux vaso-moteurs et trophiques que l'on a attribués à l'hystérie, ne seront pas rejetés, d'après cette conception, hors de son domaine, à la condition que la nature de chacun de ces phénomènes soit confirmée en clinique par un diagnostic différentiel raisonné. Ce diagnostic différentiel, comme pour tous les problèmes climiques que nous avons à résoudre, nous ne l'établirons que par une enquête soigneuse écartant la fraude, par la comparaison avec les états pathologiques similaires d'origine organique et par la valeur que nous attribuerons à l'existence ou à l'absence de tels caractères. C'est ainsi que, comme je l'ai déjà indiqué, le diagnostic d'hystérie ne sera souvent confirmé que par l'absence de certains signes propres aux lésions organiques du système nerveux, or, en clinique, comme dans les sciences mathématiques, les signes négatifs doivent être utilisés comme les signes positifs, et l'on est souvent en droit d'accorder aux premiers un coefficient très élevé dans la démonstration que l'on se propose de faire.

L'hystérie peut donc être considérée comme une diathèse prenant, en général, son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme, caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires, psychiques ou organiques. Elle tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions, et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle, qu'elles exercent une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions, et cela, grâce à la modification primitive des processus réflexes, et aux dépens d'autres perceptions et aperceptions laissées dans l'ombre.

Comme corollaire de cette définition, nous comprenons qu'il soit possible, par suggestion ou persuasion, de faire disparaître tel trouble ou de rétablir telle fonction perdue. En effet, par l'intervention de la persuasion nous rendons un certain équilibre à cet état psychique troublé; toutefois, si la perturbation a pris son origine dans une lésion organique

persistante ou dans un sentiment affectif ou autre profondément implanté, la psychothérapie restera, il faut bien le savoir, souvent sans efficacité.

L'hystérie se distingue ainsi de la neurasthénie qui est un syndrôme épisodique empruntant également une partie de sa symptomatologie au nervosisme, mais se révèle par des désordres fonctionnels résultant d'un sentiment d'impuissance causé lui-même par une fatigabilité et un épuisement rapide du dynamisme nerveux. De plus, le neurasthénique ne présente pas les troubles graves dans les phénomènes de conscience, ni les dissociations des perceptions et des aperceptions capables de mettre en jeu les réflexes puissants pertubateurs de la fonction qu'on observe dans l'hystérie.

La psychasthénie, telle qu'elle a été conçue par Janet, Raymond, Arnaud, prend également son origine dans le nervosisme, mais nous semble l'expression surtout d'un état de débilité constitutionnelle et de dégénérescence psychique, favorisant l'interprétation erronée des impressions sensitivo-sensorielles endogènes ou exogènes qui tendent à s'isoler ainsi que certains concepts, dans la conscience, mais non aussi complètement et avec autant de relief que dans l'hystérie. Il en résulte que, sur ces perceptions incomplètes mais non radicalement supprimées, les fonctions intellectuelles originellement faussées dans leur mécanisme même, s'exerceront d'une façon défectueuse. L'importance des idées fixes, des obsessions, des interprétations fausses sur ce terrain, s'expliquent ainsi aisément, de même qu'on conçoit bien que sur de pareils esprits la persuasion ait peu d'effet, car les facultés de contrôle ne sont pas assez annihilées pour que le sujet accepte docilement la persuasion, et elles sont trop profondément troublées pour qu'on puisse arriver à rétablir le bon fonctionnement de l'activité psychique. Mais on conçoit aisément que certains cas puissent réaliser en quelque sorte des faits de passage de l'une à l'autre psycho-névrose.

Je pense de même qu'il y a quelques relations entre l'hystérie et l'épilepsie tout au moins dans les formes de cette affection dites essentielles qui ne paraissent pas sous la dépendance d'une lésion encéphalo-méningée grossière. Les deux maladies procèdent souvent du même état initial, le nervosisme, et leurs manifestations nous apparaissent parfois associées chez le même sujet ou alternant les unes avec les autres. Dans les deux maladies nous avons constaté la même variabilité excessive dans l'état de la nutrition appréciée par la fonction urinaire. Mais l'épilepsie franche se traduit par des crises, des vertiges et des équivalents dont le caractère fondamental est de s'accompagner d'une amnésie complète et d'une suppression complète de la conscience, or les perceptions peuvent être rappelées et la conscience n'est jamais totalement annihilée dans l'hystérie. A cette obnubilation complète de la conscience, il faut ajouter un autre caractère : le trouble fonctionnel dans l'épilepsie n'est généra-

lement que passager, tandis qu'il se prolonge parfois fort longtemps dans l'hystérie à cause de la faculté qu'a le sujet d'isoler comme nous l'avons dit certains concepts sans annihiler l'activité psychique supérieure qui peut n'être qu'engourdie, mais peut, quand l'intérêt supérieur du sujet est en jeu, se ressaisir. Cette distinction entre l'intensité des troubles cérébraux est encore justifiée par la constatation de l'intégrité de l'intelligence chez les hystériques malgré la répétition des paroxysmes convulsifs ou la persistance des symptômes, et l'affaiblissement progressif des facultés qui est de règle dans les épilepsies invétérées. Mais, néanmoins, on pourrait trouver, dans certains états comitiaux, une dissociation des opérations sensitives et un certain automatisme psychologique avec intervention relative de la conscience qui ne sont pas sans analogie avec les processus psychiques de l'hystérie. Nous avons observé des cas qui semblent bien constituer la transition entre les deux maladies. Les différences dans la gravité respective de l'épilepsie et de l'hystérie, conséquence des altérations inégales, dans leur degré et leur étendue, du dynamisme des centres nerveux, tirent peut-être leur origine d'une différence dans l'intensité des lésions organiques ou des troubles humoraux que nous croyons, avec la plupart des auteurs, et sans pouvoir en donner la démonstration, être à la base de ces deux maladies dites fonctionnelles.

Mais, partis de l'observation clinique, nous voilà arrivés en interprétant les faits, que nous avons étudiés, à forger des hypothèses. Il est temps de revenir à des considérations d'un ordre plus pratique avant de terminer cet exposé.

Nous inspirant de la définition que nous avons proposée, à quels genres d'accidents réserverons-nous l'épithète d'hystériques ? Si nous ne voulons pas tomber dans l'arbitraire, nous examinerons, à propos de chaque fait, les arguments qui pourront être fournis en faveur des diverses affections que simulerait le cas présent. Parmi les troubles constatés, nous attribuerons au nervosisme ceux qui relèvent d'une simple perturbation permanente dans les processus réflexes élémentaires, et nous ne décernerions l'épithète d'hystériques qu'aux symptômes que nous ne pouvons expliquer que par une faculté spéciale au sujet d'isoler certaines perceptions ou certains concepts et de leur laisser prendre une influence dynamogénique suffisante pour mettre en jeu, de telle ou telle façon, le trouble de la fonction. Mais comment apprécier cette faculté spéciale à l'hystérie ? En la mettant à l'épreuve par la recherche de ce que j'appellerai les symptômes latents de la diathèse; de même que chez le goutteux, la mauvaise utilisation de la molécule albumine peut servir, même en dehors des accès, de critérium du trouble de la nutrition. Dans l'ensemble des symptômes latents je pense que chez les hystériques, vierges de toute suggestion médicale, on doit distinguer ceux qui relè-

vent du nervosisme originel et ceux qui sont l'expression de l'hystérie. La sensation de boule, l'hyperesthésie de certaines parties des téguments, l'hypoalgésie, le dermographisme, etc., rentreraient, par exemple, dans le premier groupe ; le second groupe est constitué par toute la série des manifestations variées, que l'on peut faire apparaître expérimentalement en quelque sorte chez l'hystérique, par suggestion.

C'est l'épreuve, si l'on veut, de la suggestibilité : si, par exemple, vous pouvez donner facilement à votre malade, par l'investigation médicale dirigée d'une certaine façon, une hémianesthésie; si, en explorant avec persistance une zone hyperesthésique vous arrivez à provoquer une crise, et, inversement, si par suggestion vous faites disparaitre chez le sujet une contracture, une algie quelconque, vous êtes en présence d'un hystérique car vous avez mis en relief par cette épreuve la faculté très particulière qu'a le sujet hystérique d'isoler certaines perceptions ou certains concepts, en dehors de l'activité psychique supérieure. Quant au symptôme présenté par le malade, sujet démontré hystérique, et dont on cherche à établir la nature, il ne sera rapporté à la psychonévrose que par exclusion, la méthode de diagnostic différentiel étant la seule rationnelle. Puis dans certains cas, le médecin parviendra à faire la preuve du bien fondé de son opinion en guérissant le symptôme par suggestion; mais l'échec de cette tentative n'autorise pas à rejeter le diagnostic d'hystérie pour les raisons que j'ai exposées précédemment. Il faut savoir ne pas être plus exigeant, et dans la pratique médicale quand les procédés d'investigation sont aussi rudimentaires que ceux que nous utilisons pour l'étude des névroses, mieux vaut limiter d'abord le problème diagnostique par une analyse prudente des éléments de la question que de trancher celle-ci par une affirmation péremptoire et souvent erronée.

Dans tout ce qui précède on retrouvera sans peine le reflet des doctrines des hommes qui ont le plus contribué à nous faire connaître la nature de l'hystérie, de Charcot, de Janet, de Bernheim, de Grasset, de Babinski et de mon maître le professeur Raymond. J'ai donné les raisons qui m'empêchaient de me rallier entièrement aux doctrines qu'ils ont respectivement défendues, mais j'ai retenu dans les travaux de chacun d'eux ce qui me paraissait le plus conforme à la généralité des faits. J'espère leur avoir suffisamment rendu justice pour pouvoir me dégager sans scrupule de leur influence, et faire connaître l'opinion que l'étude des faits cliniques que j'ai observés, et des travaux accumulés par d'autres, m'a conduit à formuler. Si cet exposé n'a que le mérite d'engager un débat qui jette plus de lumière sur la question de la nature de l'hystérie il suffira amplement à mon ambition.

Les

Psychoses Périodiques

PAR

A. ANTHEAUME

Médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton
Inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés
Expert près les tribunaux

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES

PAR

A. ANTHEAUME

Médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton
Inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés
Expert près les tribunaux

AVANT - PROPOS

Actuellement les auteurs sont unanimes à réserver dans la nosographie mentale une place à part aux psychoses dites périodiques ; où l'accord cesse d'exister, c'est quand il s'agit de procéder à l'exacte délimitation de ce groupe psychopathique.

Faut-il entendre par psychoses périodiques, tous les troubles mentaux qui se répètent suivant une périodicité plus ou moins régulière, ou au contraire les seuls syndrômes si bien analysés par Baillarger et Falret ?

Doit-on englober sous cette dénomination tous ces états psychopathiques groupés par Magnan dans sa remarquable synthèse de la « folie intermittente » ? ou bien convient-il, à l'instar de Kræpelin et de ses disciples d'étendre davantage encore le champ des psychoses périodiques et de leur attribuer le vaste domaine de la folie maniaque dépressive ?

Autant de questions à examiner, autant de problèmes à résoudre, questions complexes, problèmes difficiles à solutionner, surtout en l'absence de notions pathogéniques certaines.

Ce rapport a pour but de rassembler sur ces sujets litigieux tous les éléments capables d'en faciliter la discussion.

Il se divise en cinq chapitres :

Le premier constitue une introduction à l'étude des psychoses périodiques. Il est relatif à la périodicité, et à l'alternance psychique considérées en général ainsi qu'à la délimitation du sujet ; le second traite de l'évolution des idées sur la question.

Le chapitre III est le plus important; il contient l'exposé critique des doctrines psychiâtriques : 1° conception française des psychoses périodiques ; 2° conception synthétique de Kræpelin, ou « folie maniaque-dépressive ».

Enfin, dans les deux derniers chapitres, sont réunies d'une part les connaissances actuelles sur la pathogénie et l'anatomie pathologique des psychoses périodiques, et d'autre part, les principales considérations thérapeutiques et médico-légales que comporte le sujet.

Un index bibliographique complète ce rapport.

CHAPITRE PREMIER

Introduction à l'étude des psychoses périodiques

Il y a quelques années, le professeur Gilbert Ballet [1], au cours d'une leçon sur la *mélancolie intermittente*, faisait observer avec raison que l'alternance de la dépression et de l'excitation n'est pas fatalement l'expression d'une mentalité pathologique, et que nombre de gens réputés sains d'esprit sont sujets à des phénomènes de ce genre. « Le monde, disait-il, est plein de circulaires qu'on tient pour de simples lunatiques parce qu'on les trouve tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus entreprenants que de raison. Je me suis même demandé quelquefois, et je vous livre cette téméraire hypothèse pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement de notre système nerveux, si nous n'étions pas tous, à quelque degré, des circulaires, et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique, n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous habituelle. »

Dans une monographie récente et pleine d'intérêt, Deny et Camus [2] ajoutent : « L'hypothèse de Gilbert Ballet est certainement fondée. Il n'est pas douteux, en effet, que la *périodicité* ne soit une véritable loi des fonctions psychiques comme des fonctions somatiques. Il serait facile d'en fournir de nombreux exemples : veille et sommeil, fonctions digestives, rythme respiratoire, cardiaque, etc. Ne voit-on pas, d'ailleurs, chez toutes les personnes, pour peu qu'elles soient un peu émotives, des périodes de gaieté faire place à des périodes de dépression, sinon de tristesse, et inversement ? »

Cette périodicité serait un phénomène dont la généralité dépasserait singulièrement les limites de la psychologie normale :

« La plupart des phénomènes cosmiques, physiques et chimiques sont soumis aux lois de la périodicité, écrit Heckel [3] ; quoi d'étonnant que ces agents qui président à la vie terrestre et en règlent la physiologie, aient empreint de ce rythme toutes les manifestations biologiques de notre planète ? »

---

[1] G. Ballet. La mélancolie intermittente, *Presse médicale*, 1902, p. 459.

[2] Deny et Camus. Les folies intermittentes (la psychose maniaque dépressive). Paris, Baillière, éditeur, 1907.

[3] Heckel. Périodicité évolutive. *Revue scientifique*, 1893, p. 630.

Et Herman Swoboda déclare : « La loi des périodes est aussi inflexible que n'importe quelle loi. Oui, tout revient même dans l'éternité. Tout ce qui est une fois rentré dans le mouvement ondulatoire doit revenir[1]. »

Ces lignes, écrites en 1904, rappellent la fameuse théorie du « retour éternel » que Nietzsche et Gustave Lebon[2] avaient formulée, vingt ans auparavant, le premier avec une grandeur poétique intensément tragique et dont il s'effrayait lui-même, le second avec la rigueur d'une démonstration mathématique[3].

Récemment, Pailhas (d'Albi) a consacré un travail important[4] à l'étude de ces questions complexes ; la partie historique est particulièrement riche en documents auxquels nous ferons de larges emprunts.

Revenant au sujet qu'il avait abordé dans sa thèse inaugurale[5], notre distingué collègue a rappelé ses études antérieures poursuivies et complétées par lui-même, et il les a fait précéder de recherches historiques dont il a exposé les résultats avec un sens critique des plus avisé.

* * *

Frappée de la régularité du flux menstruel et de la fréquence quasi-périodique des manifestations comitiales, l'attention des médecins et des philosophes gréco-latins ne pouvait que s'attacher à tenter l'explication de phénomènes dont ils voyaient partout les multiples reproductions.

Ce qui, au XVII[e] siècle, tenait l'esprit d'André Dulaurens[6] « en suspens et comme ravy d'étonnement », c'est-à-dire cette constatation de la périodicité physiologique et pathologique, Pythagore l'avait expliqué, comme il expliquait tout l'univers, par la puissance des nombres ; Galien, Apulée et une foule d'autres, par les influences astrales, parmi lesquelles

---

[1] H. Swoboda. De la périodicité de l'organisme humain. Vienne, 1904.

[2] Gustave Lebon. L'homme et les sociétés. Paris, 1881, t. II, p. 420. La théorie du retour éternel est très bien exposée dans l'ouvrage de M. Lichtenberger sur la « Philosophie de Nietzsche », Paris, 1900, p. 185 et suivantes.

[3] On sait en quoi consiste cette démonstration : « Les combinaisons possibles que peuvent former un nombre donné d'atomes étant limitées, écrit G. Lebon, et le temps ne l'étant pas, toutes les formes possibles de développement ont été successivement réalisées depuis longtemps, et nous ne pouvons que répéter des combinaisons déjà atteintes... Nous répétons sans cesse la même tâche sans que rien puisse mettre un terme à ce fatal toujours. »

[4] Pailhas. Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. *Journal de neurologie*, 5 et 25 mai, 5 juin 1907.

[5] Id. Les élévations de la température périodique à long intervalle à l'état normal et dans les maladies. Thèse, Paris, 1886.

[6] A. Dulaurens (œuvres 2[e] partie). Paris, 1639, p, 56 (cité par Pailhas).

la lune tenait la première place. Le terme « lunatique » s'est maintenu en Angleterre surtout, et en France, pour désigner, par une extension irréfléchie, tous les aliénés, même ceux dont les manifestations pathologiques ne sont pas nettement périodiques.

Au demeurant, ce qui, jusqu'au XVIIe siècle, frappa surtout les observateurs, en fait de périodicité, ce fut la menstruation.

« Au commencement du XVIIe siècle, dit Pailhas, Sanctorius[1] parvenait fort ingénieusement à élargir le cadre des manifestations organiques rythmées en l'étendant au sexe masculin, et, de là, à une série d'actes de la vie normale intéressant à la fois le corps et l'esprit. »

Sanctorius expérimentait sur lui-même, et comme l'a fait également Cornaro, mais dans un but différent ; il passait sa vie sur le plateau d'une balance, notant avec un soin minutieux toutes les oscillations du fléau, tous les phénomènes qui se passaient en lui et autour de lui. Il constata ainsi, qu'en dehors de toute cause connue, le poids du corps augmente chaque mois d'une à deux livres. Lorsque cet accroissement en poids est constitué, l'humeur de l'homme « s'altère et devient morose, il éprouve une tendance à la paresse et à la lenteur dans les mouvements, cet état dure jusqu'à ce qu'une crise se termine par la transpiration cutanée ou par les urines, et qui porte sur la nature et la quantité de ces excrétions, le réduisant à son premier poids et lui rendant les forces dont il jouissait auparavant ».

Même observation dans Gall : « Tous les vingt-huit jours le corps humain est plus irritable, et cela chez l'homme comme chez la femme. »

Ces constatations étaient intéressantes, en ceci qu'elles établissaient chez l'homme l'existence de troubles de l'humeur se reproduisant avec la même périodicité que chez la femme, et que dès lors elles démontrèrent que ces troubles n'étaient pas liés nécessairement, pour celle-ci, à la menstruation qui, dans sa reproduction à chaque période de vingt-huit jours, traduisait simplement une révolution organique générale.

Ces troubles étaient cependant beaucoup plus évidents chez la femme. Une remarque qu'on n'a point faite encore, à notre connaissance, est celle-ci : nombre d'enfants nourris au sein présentent régulièrement des troubles digestifs, de l'agitation, un certain mouvement fébrile aux époques présumées des règles de leurs nourrices, or, ces troubles périodiques qui disparaissent assez rapidement chez les enfants mâles, reviennent, longtemps après l'allaitement naturel, chez les petites filles, avec une régularité imparfaite sans doute, mais encore visible. Il s'établit chez ces enfants un rythme mensuel où elles présentent divers troubles, assez légers souvent, mais parfois suffisamment marqués pour effrayer leur entourage.

---

[1] Sanctorius. De statistica medica Venitüs, 1614 (cité par Pailhas, d'après Lévy. Traité d'hygiène, t. 1, p. 128).

Nous ne saurions dire, d'ailleurs, s'il s'agit là d'une persistance d'un rythme créé par la nourrice, ou si ce rythme était préformé ou latent chez le petit être, si les troubles menstruels de la nourrice lui ont donné simplement sa localisation dans le temps ou l'ont rendu évident.

C'est surtout dans le domaine physiologique, sur la température du corps, qu'ont porté, au point de vue des phénomènes périodiques, les recherches des auteurs. La facilité de telles constatations et la rigueur que leur donnait le thermomètre, expliquent suffisamment le nombre considérable d'observations que nous possédons sur ce point.

Pailhas cite les noms de Chossat, Bœreusprung, Mantegazza, Jurgenser, Souttey, Worther, Enrico de Ruzy, Maurel. Ils ont tous étudié les oscillations nycthémérales de la température et ont abouti à des conclusions assez concordantes : ils notaient des variations quotidiennes, d'ailleurs légères et régulières, d'un jour à l'autre.

Ces oscillations quotidiennes sont bien connues : on en trouve les tracés dans tous les traités classiques de physiologie.

Lépine, en 1882[1], décrit un type tierce et un type quarte, fugace et rare, d'ailleurs ; ces types se constateraient aussi bien chez les gens bien portants que chez les malades atteints d'affections apyrétiques.

Dans sa thèse de doctorat, Pailhas, étudiant les courbes thermiques soit chez l'homme sain soit chez l'homme malade, montre qu'environ tous les dix, onze ou douze jours, on observait une élévation thermique sans qu'aucune cause extérieure appréciable expliquât cette variation, qui se reproduit avec une régularité et une constance qui semblent traduire l'existence d'une vraie disposition organique, d'une véritable manière d'être biologique. Pailhas adopte la conception de Monneret et d'Heckel. Monneret, dans sa Pathologie générale, rappelait que pour bien comprendre les phénomènes pathologiques, il fallait avoir présente à l'esprit cette loi de « périodicité qu'on peut appeler vitale, parce qu'elle est inhérente à la vie et indépendante du cosmos », et il ajoutait : « Il arrivera peut-être un temps où l'on démontrera que cette périodicité est sous l'empire de lois qui régissent l'univers, mais jusqu'à présent nous devons en faire hommage au principe vital. »

Ainsi donc cette loi de périodicité explique, pour Pailhas, les oscillations thermiques régulières qu'il a constatées tous les dix, onze ou douze jours, c'est elle qui présiderait à la réapparition à dates fixes, dans certains cas, des migraines, des crises d'épilepsie, etc. Sans elle, tous ces phénomènes restent incompréhensibles et ne sont susceptibles d'aucune explication plausible. Avec elle, tout s'explique, et elle devient une manière d'être tout à fait générale qui préside à la détermination des diverses manifestations des actes tant physiologiques que pathologiques.

---

[1] Lépine. Communic. à la Société médic. *Lyon médical*, 1882.

Parmi ces lois de périodicité, une des plus fréquentes est celle de *vingt-huit jours* ; elle constitue le type dominant des périodicités thermiques.

La menstruation y est soumise : c'est le type de l'intermittence physiologique. Après lui, il faut signaler le type demi-mensuel qui revient tous les quatorze jours et sur lequel Gall avait déjà quelques lumières. Enfin, toujours au point de vue de la température du corps de l'homme, il y aurait d'autres types de périodicité encore plus courte et dont la durée serait subordonnée à des phénomènes inflammatoires. Tout cela s'accomplirait non pas au hasard, mais bien par un processus défini de dédoublements réguliers et comme dichotomiques de la période physiologique (celle de vingt-huit jours) en périodes exactement subdivisées et *semblables* l'une à l'autre.

De toutes ces recherches semble donc découler cette conclusion que la température de notre corps est soumise à des oscillations périodiques dont le type fondamental, en dehors des variations quotidiennes, est la périodicité mensuelle (vingt-huit jours) ou ses sous-multiples.

Si, quittant ce terrain, nous abordons celui du sommeil et des rêves, nous voyons qu'un certain nombre d'auteurs y ont retrouvé la même intervention de cette loi de périodicité qui régit les oscillations nycthémérales de la température.

Si l'on fait abstraction de certains faits anciens sans caractère scientifique et qui ne constituent que des curiosités, les premières observations de rêves périodiques semblent avoir été rapportées en 1899, par Ducosté[1], qui décrivit sous le nom de « songes d'attaques » des songes « plus ou moins périodiques, toujours les mêmes pour un même malade et qui imprègnent la conscience au moment d'une crise épileptique ».

Il s'agissait donc ici, à proprement parler, de songes pathologiques dont la périodicité était dominée par celle du mal comitial et qui traduisaient dans la conscience du malade des phénomènes convulsifs survenus dans le sommeil.

Nœcke, de son côté, décrivit des rêves érotiques revenant chez l'homme normal tous les vingt-cinq jours, et dont il fit comme la traduction dans la conscience du malade d'une menstruation masculine survenant également dans le sommeil.

On connaissait, d'ailleurs, depuis très longtemps, des exemples de sensation, obscures à l'état de veille, que des rêves avaient révélées en les enveloppant d'une affabulation plus ou moins transparente.

Il n'y avait rien d'étonnant, dès lors, à ce que des états physiologi-

---

[1] Ducosté. Les songes d'attaque des épileptiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1899, p. 533, 545. Voir sur le même sujet : A. Fournié. L'onirocritie comitiale. (Thèse de Bordeaux, 1899.)

ques ou pathologiques régulièrement ou irrégulièrement périodiques se traduisissent par des rêves dont la périodicité était semblable.

Une des études les plus intéressantes et les plus complètes qui aient été faites sur la périodicité ainsi que sur les principaux phénomènes des divers états qui caractérisent la vie si intéressante et encore si mystérieuse du rêve, est assurément le travail que lui a consacré en 1904 Herman Swoboda. L'auteur reconnaît la périodicité des rêves érotiques et il étend ces constatations aux diverses manifestations psychologiques, surtout au retour spontané de la conscience des souvenirs, soit acquis à l'état de veille, soit provoqués par suggestion hypnotique. Swoboda est amené à la suite de ses observations à admettre que les souvenirs et autres états mentaux réapparaissent à la conscience toutes les dix-huit à vingt-trois heures ou les multiples de ces chiffres. Il cite un certain nombre de faits et d'anecdotes curieux, témoignant de cette périodicité dans la réapparition des divers phénomènes psychiques, et qui lui permettent d'ériger ces constatations en de véritables lois psychologiques. Comme les états mentaux se reproduiraient assez régulièrement toutes les vingt-trois heures ou multiples de ce chiffre, il arrive que chaque jour les mêmes phénomènes psychologiques se trouvent avancer d'une heure sur le moment où ils se manifestaient la veille. C'est ce que Swoboda décrit sous le nom de loi de précession. Cet auteur voit dans ces lois de la périodicité les prémisses de toute une psychologie nouvelle éclairant d'un jour tout nouveau les phénomènes de la vie mentale normale et ceux qui relèvent de la psychiatrie. Que de faits restés jusqu'ici inconnus, inexplicables ou mystérieux, trouveraient ainsi leur explication ! L'on pourrait, de la sorte, remonter à leur cause et à leur origine, alors qu'aucune des lois de la psychologie ne donnait la clef de leur mode de production.

Que faut-il penser de l'important travail de Swoboda et des conceptions hardies et ingénieuses qu'il propose à la base des divers phénomènes psychologiques. Sans doute, la constatation de cette loi de périodicité semble bien être l'expression d'une modalité importante, psychologique aussi bien que physiologique. En ce qui concerne la réapparition toutes les vingt-trois heures (ou les multiples de ce chiffre) des divers phénomènes psychologiques, nous pouvons nous demander si une telle précision et une telle fixité dans le retour périodique des phénomènes psychologiques est bien l'expression de la réalité.

Sans insister sur cette critique, nous retiendrons de cet important travail, l'existence d'une périodicité dans les diverses manifestations de la vie mentale, aussi bien dans le sommeil où elle se traduit par la réapparition d'une certaine catégorie de rêves, que dans la période de veille où elle se trouve réalisée dans le retour périodique à des intervalles relativement réguliers des divers éléments qui constituent la vie psychique.

Aussi bien « un rythme périodique de dynamogénie et de repos se succédant régulièrement » serait, d'après Vaschide et Vurpas, la caractéristique de la vie elle-même « lorsqu'elle est soustraite à l'action des centres supérieurs[1] ».

Etudiant les vaso-moteurs de sujets chez qui l'action du cerveau paraisait faible et peu active, (dans le sommeil physiologique, dans l'alcoolisme, dans un cas d'ictus apoplectique le surlendemain de l'attaque), ils ont vu que « successivement et rythmiquement se font suite des périodes caractérisées par des états de constriction et de dilatation vasculaires ».

Ils ont noté la respiration périodique et le type de Cheyne-Stokes, chez un sujet ayant subi un traumatisme crânien lequel avait provoqué l'écrasement d'un hémisphère, chez des chats qui avaient subi une compression cérébrale expérimentale et chez un anencéphale.

En outre, en ce qui concerne la circulation, le cœur de l'anencéphale précité battait par salves rythmiques périodiques.

Et ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

« Le rythme et la périodicité semblent traduire les manifestations rudimentaires de la vie biologique et mentale, lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et semblent soustraits à l'action d'un centre coordinateur et régulateur. Le rythme et la périodicité seraient ainsi la caractéristique propre de la vie, de cet équilibre toujours instable, et seraient la traduction extérieure de ces deux qualités qui expriment la vie, à savoir la dynamogénie et le repos se succédant périodiquement et rythmiquement. Les centres supérieurs, ajoutent Vaschide et Vurpas, auraient un rôle de coordinateur psychodynamique, réglant la machine vitale selon un équilibre plus stable, grâce à cette propriété supérieure et véritablement spécifique, réelle force active, qui est l'inhibition. »

Appliquant leurs recherches à l'étude du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés[2], Vaschide et Vurpas ont développé les résultats de leurs travaux dont nous venons d'indiquer le sens et la portée générale. Ils ont montré dans les divers états psychopathiques ce rythme se traduisant par de certaines positions, certains gestes, certains mots ou certaines phrases, certaines idées révélées par une analyse psychologique plus délicate, qui émergent d'une façon intempestive à la conscience pour disparaître plus ou moins rapidement, parfois très vite, et s'imposer à nouveau. Ce rythme affecterait certains aspects

---

[1] Vaschide et Vurpas. Le rythme vital. Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences, Novembre 1902.

[2] Vaschide et Vurpas. Du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés. Commun. à la Société médico-psychologique, séance du 24 novembre 1902.

variables suivant la nature des psychopathies, et dans ses caractères et ses allures ne se manifesterait pas dans la paralysie générale, par exemple, comme dans la manie ou les délires systématisés. Et ils se demandent «si les folies intermittentes et circulaires n'en seraient pas la plus haute expression et s'il ne faudrait pas voir en elles, au point de vue mental, une manifestation de ce rythme vital, traduisant la vie et les réactions normales de l'automatisme, qui n'est plus réfréné par l'action d'un centre supérieur et coordinateur de la synthèse psycho-biologique, et échappe, pour une raison ou pour une autre, à sa dépendance étroite. »

De son côté, Pailhas, rapportant les résultats d'observations personnelles, écrit : « Corroborant de tels faits (ceux qui viennent d'être rapportés par Vaschide et Vurpas) nous signalerons pour notre part les résultats de constatations souvent renouvelées chez des sujets soumis à l'anesthésie chloroformique. Dans ces états, nous avons vu se succéder bien souvent et suivant un rythme régulier et fait d'oppositions alternatives, d'une part la précipitation et l'intensité des mouvements respiratoires, d'autre part la décroissance mimique et la moindre amplitude des mêmes mouvements, la force des battements cardiaques et artériels et leur faiblesse avec tendance à la syncope, des états d'agitation et de dépression motrice, de la dilatation et de la contraction pupillaire, des stades de nausée et de vomissements, et de l'accalmie gastrique, les uns et les autres accidents demeurant très indépendants de la ration chloroformique graduellement et uniformément distribuée. Ainsi que Vaschide et Vurpas, nous avons observé chez des aliénés cette succession rapide, soit d'expressions mimiques tour à tour et à quelques instants d'intervalle, dures et menaçantes, souriantes et aimables, agitées et paisibles, loquaces et silencieuses, etc. Dans un cas de démence précoce, nous avions été frappé aux premiers jours de l'observation, de l'étrange alternance d'une certaine mimique d'expression et de gestes menaçants faisant place, en quelques secondes, à des mouvements affectueux. Dans d'autres cas, nous avons assisté à des retours intermittents brusques, instantanés et fréquents d'actes toujours les mêmes et tels que ceux consistant à cracher, à souffler, etc. »

Ainsi la loi de la périodicité se rencontrerait dans tous les phénomènes biologiques; elle serait à la base même de notre vie. Celle-ci oscillerait sans cesse entre deux états continus, l'une d'action, l'autre de repos, et ce rythme ne serait voilé à l'observation superficielle que par l'intervention active et salutaire des facultés psychiques supérieures.

L'action de celle-ci serait au fond purement régulatrice et, pour employer une comparaison mécanique ,transformerait un mouvement oscillatoire en un mouvement continu, adapté à un but.

S'il en est ainsi, si la périodicité et l'alternance (qui n'est en somme qu'une périodicité double se manifestant tantôt dans un sens et

tantôt dans un autre) se retrouvent, en dernière analyse au fond de toutes les psychoses, on peut se demander s'il est bien légitime de distraire de l'ensemble de ces troubles psychiques, un certain nombre d'entre eux pour les englober dans le terme de « Psychoses périodiques » et en constituer une entité clinique.

Ne fait-on pas là une distinction artificielle? De quel droit considère-t-on comme « périodique » telle ou telle affection mentale, alors que toutes en définitive sont régies par la périodicité.

Morel[1] qui déjà s'était posé ces questions les résolut par la négative; il rejeta la conception de Baillarger, ne reconnut pas que la folie à double forme eut quelque raison plausible de se détacher des autres groupes d'affections mentales alors connus. Pour lui la périodicité, l'alternance, l'intermittence sont des façons d'être des folies héréditaire. C'est entre autres caractères par la répétition de leurs symptômes que ces folies se révèlent à l'observateur.

Conception scientifique et qui contient une grande part de vérité.

D'ailleurs, Morel, poursuivant sa critique des idées de Baillarger, reconnaissait que certains cas de troubles mentaux survenant sans causes connues, en pleine santé, se reproduisaient avec une régularité en quelque sorte fatale, mais loin de considérer de tels cas comme des exemples de folies à double forme il n'y voyait qu'une modalité de « l'épilepsie larvée » que J. Falret décrivait en même temps que lui, et de laquelle ces deux grands cliniciens fixaient définitivement les traits.

Sans doute, la loi de la périodicité domine toutes les psychoses. Plus ou moins clairement, plus ou moins régulièrement leurs diverses manifestations se reproduisent. La maladie met en évidence le rythme fondamental de la vie et c'est bien plutôt par la rupture du frein et du régulateur qui utilisaient et dirigeaient cette force brute que par des influences cosmiques que ce rythme est rendu apparent.

Mais il n'en résulte pas que la périodicité ne soit dans tel groupe de cas un phénomène accessoire et dans tel autre un phénomène essentiel.

Pour nous servir d'une comparaison, bien que les troubles gastro-intestinaux apparaissent à peu près dans toutes les affections aiguës, il est des cas cependant où ils caractérisent une maladie spéciale, où ils sont l'essentiel de cette maladie.

Si un certain groupe de troubles morbides montrent dans la périodicité de leurs symptômes des caractères qui en font quelque chose de bien spécial, dont l'évolution ne sera pas semblable à celle des autres psychoses et qui, dès lors, entraînera un pronostic particulier, il apparaît, que très légitime sera la constitution d'un groupe morbide élevé à la hauteur d'une entité.

---

[1] Morel. Traité des maladies mentales. Paris, 1860.

Ce qui est essentiel, en somme, à l'heure actuelle, dans l'étude des faits psychiques déviés de la normale, c'est leur évolution. On ne peut baser des distinctions cliniques sur la constatation de phénomènes que leur banalité, et leur fatalité en quelque sorte, rend indifférent. L'excitation et la dépression, par exemple se rencontrent partout et toujours, chez l'homme sain comme chez l'homme malade. Nous sommes sous ce rapport en une perpétuelle oscillation.

Mais si ces phénomènes d'excitation et de dépression apparaissent avec des oscillations ordonnées, s'ils se reproduisent à dates, sinon fixes, du moins approximativement régulières, s'ils ne sont accompagnés d'aucun autre phénomène morbide saillant, s'ils sont la façon d'être pathologique de tel ou tel individu, s'ils ne se transforment jamais en un autre symptôme, ou en un autre syndrôme, peut-être sera-t-on en droit de considérer qu'ils caractérisent une forme de troubles, digne d'être détachée de toute autre.

Et c'est bien ainsi, semble-t-il, qu'on a compris « les psychoses périodiques » : des accès d'excitation ou de dépression se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés.

Par cette conception s'éliminent du cadre de ces psychoses, ou mieux de cette psychose, tous les cas où les accès de dépression et d'excitation ne sont pas seuls en cause, ne surviennent pas chez un individu sain, tels que ceux qu'on voit au cours de l'hystérie ou de l'épilepsie ; s'éliminent tous les cas où les phénomènes périodiques ne se renferment pas exclusivement dans l'ordre de l'activité générale tels que les délires systématisés périodiques, les obsessions et les impulsions périodiques.

Tandis que dans ces deux catégories de faits l'excitation et la dépression ne sont en somme que des épiphénomènes, dans la psychose périodique à proprement parler, ces manifestations seraient l'essentiel de la maladie, toute la maladie, constituant ainsi une espèce morbide « affective », selon l'expression de Tanzi[1], et elles auraient pour caractère évolutif de se représenter avec des alternances ou des intermittences régulières.

C'est pour avoir perdu de vue ces principes fondamentaux que certains auteurs ont été conduits à élargir outre mesure le cadre de la psychose périodique et à y faire entrer des formes morbides auxquelles la réapparition plus ou moins régulière de leurs symptômes ne donnait pas ce droit.

Tout récemment encore, Pailhas ne se laissait-il pas aller à classer parmi « les syndrômes alternants ou maniaques dépressifs » des entités qui doivent en être absolument détachées[1].

Il faut réagir immédiatement contre cette tendance. Sans doute,

---

[1] TANZI. *Trattato delle malattie mentale.* Milano 1907.

Pailhas n'a pas l'intention de faire entrer la démence précoce, la manie et la mélancolie, l'hystérie, l'épilepsie et les délires systématisés dans le groupe des folies périodiques proprement dites, mais c'est encore trop qu'il rapproche sous le nom de « syndrômes maniaques-dépressifs » « les manifestations de la périodicité et de l'alternance » de ces diverses psychoses.

Si l'on ne veut pas s'en tenir à ne placer dans le cadre des psychoses périodiques que les seuls faits définis par les caractères que nous avons indiqués, on sera contraint, à confondre, grâce à des apparences toutes superficielles, des états morbides dont l'évolution et le pronostic sont différents.

Ainsi, délimitons-nous, comme d'ailleurs la plus grande partie des auteurs, le sujet que nous allons aborder, par des caractères suffisamment tranchés pour satisfaire l'esprit et guider le clinicien, et à la faveur de cette délimitation rejetons-nous du cadre de la psychose périodique, entité morbide, les psychopathies périodiques suivantes sur lesquelles nous disons quelques mots ici pour ne plus avoir à y revenir :

1° *La confusion mentale périodique (Periodische amentia)* caractérisée par de la confusion mentale, survenant par accès sous l'influence d'une même intoxication ou sous des influences obscures ; forme morbide très rare, dont Pilcz avoue n'avoir vu qu'un seul exemple et sur laquelle les auteurs sont à peu près complètement muets.

2° *La paranoïa périodique* que Mendel, Kausch[2], Ziehen[3], Gianelli[4] ont fait connaitre et où apparaissent des accès de délire systématisé, sans troubles confusionnels et avec possibilité d'hallucinations secondaires. Forme très rare encore, dont Ziehen n'a pu signaler qu'un exemple sous le titre de : « Une forme nouvelle de psychose périodique ».

3° *Les obsessions et impulsions périodiques*, telles que dipsomanie, kleptomanie, etc... dont la périodicité plus ou moins irrégulière se rapporte à ce que Magnan appelle « la dégénérescence mentale. »

4° *Le délire intermittent*, signalé par Taguet[5], et qui semble comprendre, à côté des cas où surgissent périodiquement du délire et de la confusion mentale, une foule de cas disparates, relevant de la psychose périodique proprement dite, de la dégénérescence, de l'épilepsie, etc.

Enfin, nous croyons inutile d'insister sur les formes circulaires de

---

[1] PAILHAS. Loc. citat. p. 211.

[2] KAUSCH. *Contribution à l'étude de la folie systématisée périodique. Arch. f. Psych.* 1892. p. 924.

[3] ZIEHEN. *Une nouvelle forme de psychose périodique. Monats. f. Psych. und Neur. Bd III.* p. 30.

[4] GIANELLI. *La paranoia aiguë périodique. Riv. sper. di freniatria.* 1890.

[5] TAGUET. *Contribution à l'étude du délire intermittent. Annales méd psych.* 1882. p. 208.

diverses psychopathies organiques (telle que la paralysie générale circulaire) psychopathies que leurs symptômes essentiels séparent nettement des psychoses périodiques proprement dites ; et nous réservons pour un autre point de ce travail la discussion de l'opinion qui fait des psychoses périodiques des formes larvées de l'épilepsie.

Notre sujet étant ainsi délimité, nous allons dessiner en quelques traits l'évolution des idées en ce qui concerne la conception des psychoses périodiques et les diverses opinions qui se partagent actuellement, à leur sujet, la faveur des psychiatres français et étrangers.

CHAPITRE II

Evolution des idées sur les psychoses périodiques et conceptions actuelles des psychiâtres

Le terme de « *psychoses périodiques* » est communément employé dans la nomenclature psychiâtrique pour désigner « des accès de manie ou de mélancolie, tantôt isolés, tantôt conjugués, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, souvent un très grand nombre de fois durant la vie des malades » (G. Ballet)[1]. Sa synonymie[2] est riche, mais critiquable, car il est plus compréhensif que ceux de folie à double forme (Baillarger), folie circulaire (J.-P. Falret), etc., qui le remplacent souvent avec une signification abusivement étendue, dans les descriptions classiques. Il n'est point à l'abri de tout reproche s'il a la prétention d'englober la totalité des types d'une affection éminemment variable dans ses apparences.

Magnan proposa, en 1890[3], pour désigner les mêmes phénomènes la dénomination générale de folie intermittente ; Kræpelin, en 1899[4], a eu recours à l'expression de folie maniaque-dépressive.

Quoi qu'il en soit de la légitimité de ces diverses dénominations, et sans chercher, pour l'instant, à savoir s'il en est une excellente, c'est-à-dire qui puisse s'appliquer sans effort à tous les cas rattachés à l'entité morbide qui nous occupe, nous adopterons, pour la facilité de l'exposé qui va suivre, le terme de Psychoses périodiques entendu dans le sens défini ci-dessus.

* * *

La périodicité de la manie et de la mélancolie, de l'excitation et de la dépression des facultés intellectuelles et affectives a été connue

---

[1] Gilbert Ballet. Article : *Les Psychoses* in traité de médecine de Bouchard et Brissaud, tome X, Paris, Masson, édit., 2e édition, 1905, p. 881-894.

[2] *Synonymie :* Folie à double forme (Baillarger). Folie circulaire (J.-P. Falret). Folie à double phase (Billod). Folie à formes alternes (Delaye). Délire à formes alternes (Legrand du Saulle). Folie intermittente (Magnan). Folie maniaque-dépressive (Kræpelin).

[3] Magnan. *De la folie intermittente.* (Communication au Congrès international de médecine, Berlin, 1890. Réimprimée in Recherches sur les centres nerveux, 2e série, Paris, Masson, édit., 1893, p. 497-526).

[4] E. Kræpelin. *Lehrbuch für Psychiatrie*, 6e édit., 1899.

de tous temps et il n'est pas difficile de trouver dans les auteurs les plus anciens des exemples de mélancolie et de manie alternant entre elles selon quelques uns des modes que nous avons appris à connaître avec précision. Depuis Hippocrate jusqu'aux manigraphes qui précédèrent immédiatement Baillarger, presque tous ceux qui écrivirent sur la folie insistent avec plus ou moins de développement sur cette « transformation » et il n'est pas douteux que la folie à double forme de l'illustre aliéniste de la Salpêtrière ait été observée bien avant sa communication à l'Académie de médecine.

Nous n'insisterons pas sur cette première partie de l'historique de notre sujet qu'on trouvera excellement exposé dans la monographie classique de Ritti[1].

Il convient de remarquer cependant qu'avant Baillarger les auteurs ne semblent pas s'être doutés, en observant chez les mêmes sujets des alternatives de manie et de mélancolie, qu'ils fussent en présence d'une forme spéciale de folie ayant une évolution, une existence clinique propres. Ils ne virent dans ces faits, trop frappants pour passer inaperçus, que des associations fortuites de manie et de mélancolie, et si certains d'entre eux en déduisirent, précédant ainsi de plusieurs siècles nos plus récentes découvertes, la similitude de nature de ces deux états morbides en apparences si opposés, ils ne le firent que pour se conformer aux idées philosophiques régnantes ou pour étayer des hypothèses humorales aujourd'hui abandonnées.

On ne saurait cependant admettre comme constituant des exemples irréductibles de psychose périodique tous les faits de roulement plus ou moins régulier de manie et de mélancolie qu'on s'est plu à relever dans les auteurs gréco-latins et dans ceux du XVIIIe siècle et de la première moitié du XIXe. Beaucoup de ces faits sont relatés d'une façon trop sommaire pour qu'on puisse les attribuer avec précision à une espèce morbide définie. En outre un certain nombre de ces observations se rapportent à des formes d'aliénation qui n'ont rien à faire avec les psychoses périodiques proprement dites.

Morel[2] fut trop exclusif lorsqu'en repoussant la conception de Baillarger, il ne vit dans les deux phases de la nouvelle entité clinique que « des situations pathologiques, observées dans toutes les variétés de folie en général », mais il est certain que bien des soi-disant cas de folie à double forme découverts rétrospectivement dans la littérature psychiâtrique se rapportent précisément à « ces situations pathologiques » banales dont parlait l'éminent aliéniste de Saint-Yon.

---

[1] RITTI. *Traité clinique de la folie à double forme* (folie circulaire, délire à formes alternes), Paris, O. Doin, édit., 1883 (1 vol., 393 pages).

[2] MOREL. *Traité des maladies mentales*. Paris, Masson, édit., 1860.

Au surplus, cette question des prédécesseurs de Baillarger a peu d'importance. Il paraît bien qu'il n'eut pas, à proprement parler, de précurseurs. Ceux qui approchèrent le plus de sa conception, Griesinger [1] et Dubuisson [2], par exemple, n'atteignirent point à la notion d'unité clinique, essentielle en l'espèce, à laquelle il s'éleva lui-même. Avant la lecture de son fameux mémoire à l'Académie de médecine [3], il n'y avait point de place pour ce qu'il appela la folie à double forme entre les trois grandes variétés de folie admises par l'école française : la manie, la mélancolie, les monomanies ou délires partiels.

Sans doute, quelques jours après la communication de Baillarger, Falret père [4] souleva une question de priorité ; mais si l'on s'en rapporte « aux données déposées assez confusément » dit Morel [5] dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1851 [6], il est évident que cet auteur n'avait pas parlé de « folie circulaire » mais bien de « forme circulaire des maladies mentales » et que, d'autre part, dans ses *Leçons* antérieures à la publication de Baillarger il ne fait pas de place à part à la folie circulaire dans la classification des maladies mentales qu'il accepte d'Esquirol, sans objection essentielle. Cette remarque n'enlève rien au mérite de J.-P. Falret qui, peu de jours après Baillarger, décrivit avec détails une variété de folie périodique dont il avait vu évidemment des exemples depuis longtemps [7].

---

[1] GRIESINGER. *Traité des maladies mentales*, traduct. franç. Paris, 1873.

[2] DUBUISSON. *Traité des vésanies*. Paris, 1816. (Voir notamment les pages 128, 196 et 205.)

[3] BAILLARGER. *Note* sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. (Académie de médecine. Séance du 31 janvier 1854.) Cette communication a été insérée dans la *Gazette hebdomadaire* du 3 février 1854 et réimprimée in *Recherches sur les maladies mentales*. Paris, 1890, t. Ier, p. 143.

[4] J.-P. FALRET. *Mémoire* sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. (Académie de médecine. Séance du 14 février 1854.) C'est sous ce titre que la communication de J.-P. Falret a été imprimée dans le *Bulletin* de l'Académie, t. XIX, p. 382. Elle a été réimprimée sous le titre : « De la folie circulaire, ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancolie » in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1 vol., Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 456.

[5] Dans un article de l'*Union médicale*, 1854, p. 488.

[6] Cet article de J. P. Falret porte le titre de « Marche de la folie ». C'est une leçon parue dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1851, et qui se retrouve dans l'ouvrage cité à la note 4 (X^e leçon, p. 337).

[7] La question de priorité soulevée par J.-P. Falret amena, de la part de Baillarger, une réponse sous forme de lettre à Morel (*Union médicale*, 1854, p. 488, et *Annales médico-psychologiques*, 1855, p. 179). Baillarger (*loc. cit.*, p. 676), est revenu sur cette polémique : « Folie à double forme. Historique et question de priorité. » J.-P. Falret répliqua par quelques mots (*loc. cit.*, p. 456, en note).

Dans sa communication à l'Académie, Baillarger établit que, dans ce qu'il appelle la folie à double forme « les accès n'appartiennent en propre ni à la manie, ni à la mélancolie, mais qu'ils constituent un genre spécial d'aliénation mentale, caractérisé par l'existence régulière de deux périodes : l'une d'excitation, et l'autre de dépression ». Il cite deux faits publiés par Esquirol, un par Willis, et trois observations personnelles.

Il considère la « folie à double forme » comme constituée par l'association d'un stade mélancolique et d'un stade maniaque se succédant sans intermittence ou séparés par une fausse intermittence, une intermittence incomplète, une rémission plutôt, pendant laquelle « l'équilibre des facultés ne se rétablit pas entièrement ».

Cette notion de la succession immédiate, dans un sens ou dans l'autre, sans retour à l'intégrité de la santé mentale entre elles deux, de la mélancolie et de la manie est essentielle dans l'esprit de Baillarger, et il y insiste longuement.

Le passage d'une forme à l'autre est brusque lorsque les accès sont très courts, et se fait au contraire par dégradations successives lorsque les accès ont une durée de plusieurs mois.

Cela posé, Baillarger décrit quatre types de folie à double forme, basés sur le mode de succession de l'accès mélancolique-maniaque :

1° Le malade peut n'avoir qu'un seul accès ;

2° Les accès se renouvellent trois, quatre, six, dix fois à des intervalles de deux, de quatre, de six ans ;

3° Ils peuvent affecter le type intermittent, et quelquefois les intermittences sont très régulières ;

4° Dans certains cas les accès se succèdent sans interruptions et il n'y a aucune intermittence.

J. P. Falret, quelques jours après la communication de Baillarger, décrivit « la folie circulaire » caractérisée par « la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, et de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé ».

En réalité, rien d'essentiel ne différenciait cette forme de folie décrite par Falret, de la folie à double forme de Baillarger [1].

En 1851, Falret admettait dans sa « forme circulaire de la manie et de la mélancolie » une « courte intermittence » entre les deux stades

---

[1] Les hésitations de J. P. Falret et les modifications successives de sa pensée en ce qui concerne la *folie circulaire* nécessitent une lecture très attentive des textes si l'on veut bien saisir sa pensée. Ceux qui se livreront à cette recherche verront, croyons-nous, que la *folie circulaire* de l'auteur ne correspond pas exactement à la *folie alternante* dont Ach. Foville et Ritti donnent le tableau, l'un à la page 331 du Tome III du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, et l'autre à la page 217 de son Traité.

constitutifs de l'accès : il décrivait ainsi une folie intermittente à formes alternes ; mais en transportant l'intervalle lucide après l'évolution complète et continue des deux stades accouplés maniaque-mélancolique, il ne faisait que renouveler la description de son prédécesseur. « La folie circulaire » n'était qu'un des types de « la folie à double forme ».

J. P. Falret, d'autre part, traçait d'une façon magistrale le tableau clinique de la maladie, il insistait sur les formes atténuées dont Falret fils reprenait plus tard la description, notait le grand rôle de l'hérédité, affirmait que cette affection est « infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme » et que le pronostic en est très grave.

Ainsi se trouvait établie la conception de la folie à double forme en prenant ce mot dans un sens assez compréhensif, son existence clinique et ses principaux caractères étaient définitivement acquis à la science.

La nouvelle entité fut généralement admise par les aliénistes, sauf par Morel, et les divers modes de succession des accès maniaque-mélancoliques, les aspects variés de leur enchaînement, après avoir donné naissance à des appellations diverses : folies à double forme, circulaire, à formes alternes, intermittente, alternante, etc. où certains eurent le tort de voir longtemps des entités morbides distinctes, finirent sous l'influence de Magnan [1], par être considérés comme des variétés de la même espèce clinique à laquelle, en 1890, il proposa d'appliquer la dénomination générale de « folie intermittente ».

Le médecin de Saint-Anne donne alors de la folie intermittente la définition suivante :

« La folie intermittente est une espèce pathologique, se traduisant par la répétition chez un sujet, à prédisposition latente, jusque là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs, qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres sortes de folie ».

C'était là, succédant à une période de dissociation clinique excessive, un essai de synthèse très remarquable, et en somme un acheminement vers la conception moderne de la folie maniaque-dépressive de Kræpelin.

En englobant, en effet, dans la folie intermittente, espèce pathologique une, non seulement les divers types de folie à double forme, mais encore « les accès maniaques et mélancoliques isolés » qui se répétaient au cours de la vie du même sujet, Magnan détournait, pour les rattacher à une autre psychose, certains cas de la mélancolie et de la manie considérés comme entités. C'étaient ceux qui récidivaient, sans cause provo-

---

[1] Magnan, loc. cit.

catrice et sous la seule influence d'une hérédité soigneusement dosée par l'auteur. Ces cas, les aliénistes les appelaient alors et les appellent encore parfois « manie et mélancolie intermittente, rémittentes, récidivantes ».

En même temps et pour donner à la « conception nouvelle » une base solide, le célèbre psychiâtre français s'attachait à en délimiter le vaste domaine. Il était ainsi conduit à différencier de la « *folie intermittente* » d'une part la *manie et la mélancolie simples, idiopathiques,* développées chez des individus absolument indemnes de tares héréditaires ; et d'autre part les états de *dépression mélancolique et d'excitation maniaque des dégénérés* car « la folie intermittente, tout en étant très compréhensive, repousse, néanmoins, de son cadre, des faits qui appartiennent à d'autres espèces pathologiques, notamment à la folie héréditaire ».

Dans cette première période de l'histoire des psychoses périodiques que, dans leur monographie, Deny et Camus[1] appellent, à bon droit, « période française » une entité se constitue donc aux dépens des « folies générales » de la vieille psychiâtrie : on distrait de la mélancolie et de la manie un certain nombre de faits qui permettent de décrire une forme de folie dont la caractéristique principale réside dans une évolution plus ou moins régulièrement cyclique.

* * *

Kræpelin, en 1899, dans la 6me édition de son Traité de psychiâtrie[2], proposa une classification des maladies mentales qui eut un retentissement considérable. Elle apportait des modifications tout à fait inattendues, non seulement à la question qui nous occupe spécialement, mais encore à d'autres points essentiels de la médecine mentale.

Il est difficile de donner un aperçu exact des idées du professeur de Munich sur « la folie maniaque-dépressive » sans indiquer, tout au moins brièvement, certains points de sa classification de 1899.

Kræpelin parlait, en effet, de trois nouvelles psychoses qu'il concevait d'une façon très originale et dont la création permettait de classer les faits cliniques, non plus seulement sur leurs nuances symptômatiques, mais encore d'après l'évolution même, ce qui donnait une base solide au pronostic des affections mentales.

Ces trois catégories de troubles mentaux, ces trois entités étaient : la démence précoce, les psychoses d'involution, la folie maniaque dépressive.

---

[1] Loc. cit.

[2] KRÆPELIN. Lehrbuch für Psychiatrie. Iéna. Fischer, éditeur.

Elles se partageaient le plus grand nombre des faits d'excitation maniaque et de dépression mélancolique que les auteurs français attribuaient, à la suite de Magnan, à la folie intermittente, à la dégénérescence mentale, à la manie et à la mélancolie simples. Cependant Kræpelin ne rejetait pas la folie des dégénérés, à laquelle il reconnaissait, sous le nom d'Entartungsirresein, quatre variétés : la dépression constitutionnelle, la folie obsédante, la folie impulsive, l'inversion sexuelle ; il faisait au surplus à la mélancolie une place à part, mais il ne la concevait plus que comme une psychose se développant à la période d'involution sénile.

Cette nouvelle conception modifiait profondément les idées courantes sur ce que l'on entendait alors par psychoses périodiques. En effet, non seulement à l'exemple de Magnan, Kræpelin englobait dans un même terme toutes les variétés de folie à double forme, circulaire, alterne, toutes les sortes de manie et de mélancolie intermittentes, synthèse sur laquelle certains auteurs discutaient encore, mais en outre il supprimait de sa classification la manie dite essentielle pour l'annexer à la folie maniaque-dépressive et rattachait les cas de mélancolie dite essentielle, pour une part, à cette même folie maniaque-dépressive, et pour une autre part à une entité morbide nouvelle ne se développant qu'à la période d'involution sénile et que, pour ce motif, il appelait mélancolie d'involution.

Cette manière de voir, qui rayait en quelque sorte du cadre nosologique des entités admises depuis la plus haute antiquité, est encore loin de réunir aujourd'hui la pluralité des suffrages.

Elle a soulevé de nombreuses objections qui se sont fait jour particulièrement en France et en Italie. Actuellement, cependant tout un groupe de psychiâtres français, représenté par Sérieux[1] et son élève Capgras[2], Rogues de Fursac[3], Deny et Camus[4], se range aux opinions de Kræpelin et ne voit dans la mélancolie qu'une psychose d'involution. Parmi les aliénistes qui admettent encore l'existence comme entité morbide d'une mélancolie et d'une manie non périodique, il convient de citer Magnan[5], Ballet[6],

---

[1] P. Sérieux. La nouvelle classification des maladies mentales, du professeur Kræpelin. — *Revue de Psychiâtrie*, 1901, p. 103.

[2] J. Capgras. Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. Thèse. Paris, 1901.

[3] Rogues de Fursac. Manuel de psychiâtrie. Paris, Alcan, édit., 1903, 2e édit., 1905.

[4] Deny et Camus. *Loc cit.*

[5] Magnan. *Loc. cit.*

[6] G. Ballet. Article psychoses in Traité de médecine, de Charcot-Bouchard, Masson, édit., 1903. Nota : Ballet, dans l'article *manie*, page 811, décrit une *manie idiopathique* pour se conformer à *l'usage*, mais en admettant la possibilité de sa disparition prochaine du cadre nosologique Du reste l'article en question est classé par lui au chapitre des Syndromes mentaux.

Régis[1], Arnaud[2], Cullerre[3], Kéraval[4]. C'est ainsi que Magnan, tout en faisant rentrer dans le cadre des psychoses périodiques (folie intermittente) la manie et la mélancolie intermittentes, décrit une manie et une mélancolie simples, une manie et une mélancolie dégénératives ; il dépeint la mélancolie « une psychose élémentaire, c'est-à-dire une affection générale de l'entendement, essentiellement basée sur des troubles primitifs simples, sans délire intellectuel proprement dit, ce qui la constitue essentiellement, c'est la dépression douloureuse. »

C'est ainsi que, pour Régis, la mélancolie et la manie rémittentes et intermittentes appartiennent à la manie et à la mélancolie-entités, sous le nom de manie et mélancolie cycliques; la folie à double forme ne comprenant que les deux variétés décrites par Baillarger et J.-P. Falret : la folie circulaire et la folie à double forme proprement dites.

Enfin, un dernier groupe de psychiâtres représenté par l'éminent professeur Joffroy[5] et ses élèves, continuant l'œuvre de critique et de dissociation ébauchée par Morel et par Falret fils, n'admet pas la légitimité d'une mélancolie essentielle et ne considère plus notamment la mélancolie — non réductible à d'autres psychoses — que comme un syndrôme qui traduit une affection organique plus ou moins profonde et plus ou moins évidente. Cette tendance a été très bien indiquée dans l'excellente monographie de Masselon[6].

Il résulte de ce rapide exposé de la question que le groupe des Psychoses périodiques s'est constitué peu à peu au détriment de la manie et de la mélancolie, dont le champ s'est rétréci de plus en plus.

L'œuvre de dissociation a commencé avec Baillarger et J.-P. Falret, elle s'est accentuée avec Magnan, en même temps que se constituait parallèlement une œuvre de synthèse qui devait trouver dans les travaux de Kræpelin sa plus complète expression.

Pour fixer les idées, nous classerons dans un tableau synoptique les conceptions actuelles des psychoses périodiques dans leur rapport avec la manie et la mélancolie. Dans un but de simplification, nous les grouperons sous trois chefs : conception analytique française de Baillarger et J.-P. Falret d'où a procédé Régis dans sa classification; conception synthétique française de Magnan, adoptée actuellement par Ballet et nombre d'aliénistes ; enfin, conception synthétique de Kræpelin à type infiniment plus compréhensif que la conception de Magnan.

---

[1] Régis. Précis de psychiâtrie. Paris, Doin, édit., 3e édit., 1906, p. 211.

[2] Arnaud. Psychoses périodiques ou intermittentes. Traité de Pathologie mentale, de G. Ballet. Paris, Doin, édit., 1903, p. 576.

[3] Cullerre. Traité pratique des maladies mentales. Paris, Baillière, édit., 1890.

[4] Kéraval. La pratique de la médecine mentale. Paris, Vigot, édit., 1901.

[5] Joffroy. Leçons cliniques de l'Asile Sainte-Anne. Enseignement oral.

[6] C. Masselon. La mélancolie. Paris, Alcan, édit., 1906.

Tableau résumant les conceptions actuelles de la manie, de la mélancolie et des psychoses périodiques

Conception analytique française	Conception synthétique française	Conception synthétique de Kræpelin
Manie-mélancolie (folie à double forme.) *a*. Folie à double forme continue (folie circulaire.) *b*. Folie à double forme à accès séparés (intermittente.)	*Folie intermittente.*	*Pyschose maniaque-dépressive* 1. Etats maniaques. 2. Etats mélancoliques. 3. Etats mixtes. Formes simples. Formes périodiques. Folie circulaire. Manie chronique. Dépression constitutionn^{lle}.
Manie. 1. Manie aiguë. 2. Manie chronique. 3. Manie cyclique { rémittente. / intermittente.	*Manie.* 1. Excitat. maniaq. 2. Manie délirante. 3. Manie suraiguë.	
Mélancolie. 1. Mélancolie aiguë. 2. Mélancolie chronique. 3. Mélan. cycliq. { rémittente. / intermittente.	*Mélancolie.* 1. Dépress. simple. 2. Mélan. anxieuse. 3. Stupeur.	*Mélancolie d'involution.*

L'examen de ce tableau fait bien voir la différence essentielle qui sépare les conceptions françaises de la conception de Kræpelin.

Les Français n'admettent point que la manie et la mélancolie soient réductibles à la folie intermittente ; pour eux, ce sont des entités : la manie et la mélancolie essentielles ou idiopathiques. Kræpelin est de l'avis contraire. La folie périodique s'oppose donc, par certains traits, à la folie maniaque-dépressive, et nous devons successivement les étudier l'une et l'autre afin d'exposer les arguments grâce auxquels elles ont été établies et sont encore défendues.

Ce sera l'objet du chapitre qui suit.

CHAPITRE III

La folie périodique et la folie maniaque-dépressive.

I. — La folie périodique [1].

Pour légitimer la distinction qui est à la base de sa conception clinique de la folie périodique, l'Ecole française accorde aux diverses formes de cette psychose des caractères propres que n'ont point la manie et la mélancolie essentielles.

Ces caractères se rapportent à l'étiologie, à l'évolution et à la symptomatologie.

Leur importance n'est pas égale. L'évolution est tout à fait caractéristique, les renseignements étiologiques ont un grand intérêt; par contre les allures symptomatiques des accès maniaques et mélancoliques de la folie périodique, considérés en eux-mêmes, en dehors de toute notion étiologique ou évolutive, sont, en bien des cas, tellement peu spéciales que certains auteurs déclarent ne voir aucune différence clinique entre un de ces accès et un accès de manie ou de mélancolie simples. Cependant beaucoup d'autres signalent tout au moins des nuances qui, lorsqu'elles sont assez tranchées, leur permettent, de par la seule figure de l'accès, de le rapporter, avec quelque probabilité, à la folie périodique.

Lorsque concordent, selon la formule admise, les renseignements de l'étiologie et de la symptomatologie, cette probabilité se rapproche de la certitude dont l'évolution de la psychose reste, en somme, le vrai critère.

Exposons donc, selon les données de l'Ecole française, les caractères étiologiques, symptomatologiques et évolutifs qui définissent la folie périodique

* * *

La folie périodique est *essentiellement héréditaire:* tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point.

Si Baillarger ne souleva pas la question dans sa communication à l'Académie, J.-P. Falret par contre y insista nettement. Morel, tout en rejetant la conception de ces auteurs en ce qui concernait la

[1] Pour éviter toute confusion, nous désignons par le terme *folie périodique* la conception française des psychoses périodiques, et nous laissons à la conception allemande le terme de *folie-maniaque dépressive* dont Kræpelin lui-même est l'initiateur.

légitimité d'une espèce nouvelle, considère l'alternance et la périodicité des psychoses comme une des caractéristiques de la « folie héréditaire ». Magnan juge comme très importantes les tares héréditaires des intermittents, mais il pense que les « dégénérés » ont une hérédité beaucoup plus chargée. Pour lui, la manie et la mélancolie essentielles sont maladies de cerveaux valides, tandis que l'hérédité morbide est d'autant plus accusée qu'on considère successivement les délirants chroniques, les intermittents et enfin les dégénérés.

Cette conception a été critiquée par G. Ballet qui fait bien ressortir la difficulté de « doser » l'hérédité et qui montre que dans certaines observations de Magnan les intermittents présentent des tares héréditaires aussi considérables que celles des dégénérés, chez lesquels d'ailleurs la prédisposition peut être acquise. Si bien, dit G. Ballet, que « la proposition de Magnan devrait être plutôt renversée » et que « ce qui est moins accusé (dans le cas de folie périodique) ce n'est pas à proprement parler l'hérédité, ce sont ses conséquences ». Le dégénéré est dans un état de déséquilibration permanente, le périodique n'a de troubles mentaux que par intermittences.

Quoi qu'il en soit de cette proportion respective d'hérédité, un fait reste, pour les auteurs, en dehors de toute discussion : c'est la presque constance et la gravité des tares héréditaires qui pèsent sur les intermittents. Par contre, ces tares feraient défaut ou seraient légères chez les maniaques et chez les mélancoliques simples.

L'hérédité de la folie périodique est dans la majorité des cas dissemblable : chez les ascendants des malades qui en sont atteints se rencontrent toutes les psychoses et toutes les névroses à tous leurs degrés et sous toutes leurs formes ; mais cette hérédité est souvent similaire. On connaît l'observation des deux Falret qui virent, dans trois familles différentes, la folie à double forme poursuivre les femmes de trois générations, la grand'mère, la mère et la fille.

L'hérédité similaire a été rencontrée par Barthomeuf[1], Girard de Cailleux[2], Doutrebente[3], Journiac[4], Pain[5], Trénel[6], Brunet et Vigouroux[7], etc.

---

[1] Barthomeuf. Considérations sur les folies intermittentes. *Thèse de Paris*, 1888.

[2] Girard de Cailleux. Rapport médico-judiciaire. Folie circulaire, monomanie raisonnante, etc. *Ann. méd. psychol.*, 1860, p. 83.

[3] Doutrebente. Note sur la folie à double forme, etc. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 193.

[4] Journiac. Folie intermittente et folie des dégénérés. *Ann. méd. psych.*, 1887, p. 102.

[5] Pain. Contribution à l'étude de la folie héréditaire. *Thèse de Nancy*, 1894.

[6] Trénel. Une maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires. Troubles psychiques périodiques, etc. *Revue neurologique*, 1900.

Id. Maladies mentales familiales. *Ann. méd. psych.*, 1900, p. 102.

[7] Brunet et Vigouroux. Contribution à l'étude de l'hérédité de l'aliénation mentale. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Clermont, 1894.

Cette hérédité est « similaire » au sens strict du mot, la plupart de ces auteurs citant des faits de transmission de la même forme de folie périodique, telles que folie à double forme, folie circulaire, etc.

C'est donc là un premier point capital, et distinctif en une certaine mesure, de la folie périodique : *elle est héréditaire et cette hérédité est souvent similaire.*

L'*âge* auquel se montre le premier accès de la folie périodique serait assez éloigné de la naissance. Il y a encore sur ce point unanimité à peu près complète des auteurs. Magnan limite cette période d'éclosion de la folie périodique entre 25 et 35 ans. C'est encore l'opinion de G. Ballet et d'une façon générale des divers classiques français.

On a vu d'ailleurs cette psychose se développer avant 25 ans et après 35, mais d'après les observations publiées elle se rencontrerait pour la première fois surtout dans cette période.

Magnan en a tiré un argument d'une certaine force pour séparer les intermittents des dégénérés. Il est bien rare en effet que chez ceux-ci les phénomènes d'excitation et de dépression ne fassent pas leur apparition avant la vingt-cinquième année.

Comme la notion héréditaire, celle du début relativement tardif de la psychose est donc, jusqu'à un certain point, un élément étiologigue propre à la folie périodique.

Il en est un autre — et celui-ci est négatif : c'est *l'absence de causes déterminant les accès.*

Tandis que la manie et la mélancolie essentielles ne se développent guère que grâce au concours de divers éléments plus ou moins énergiques ou durables, tels que chagrins, chocs moraux, émotions de toutes sortes, intoxications, etc., les accès de la folie périodiques apparaîtraient spontanément.

Le terrain sur lequel croissent la manie et la mélancolie essentielles est aride et a besoin d'être profondément remué pour que ces psychoses s'y puissent développer, ou mieux il faut que le germe soit porté du dehors; tandis que celui de la folie périodique est toujours prêt à croître en un sol longuement préparé par l'hérédité et sans le secours d'aucun adjuvant.

Cependant (et cela se conçoit *a fortiori,* pourrait-on dire) les émotions vives peuvent hâter l'apparition de la folie périodique, ou la faire réapparaître.

Il en serait de même des diverses épreuves de la vie sexuelle de la femme. On a vu en bien des cas la *menstruation* appeler régulièrement un accès maniaque ou mélancolique. Trénel[1] a décrit un « délire menstruel périodique ». La grossesse et l'allaitement ont parfois la même influence fâcheuse.

---

[1] Trénel. Délire menstruel périodique. *Annales de gynécologie*, mars 1898.

C'est peut-être là qu'il faut chercher la raison de la plus grande fréquence de la folie périodique dans le sexe féminin, bien qu'il soit, au demeurant, plus exact d'avouer que cette raison nous est inconnue.

En vérité, cette notion étiologique ne distingue pas la folie périodique de la manie et de la mélancolie essentielles qui elles aussi sont plus fréquentes chez la femme; mais elle est intéressante en soi et tellement marquée que tous les auteurs l'ont signalée.

J.-P. Falret avait, en 1854, dans son établissement, trois périodiques femmes et un seul homme. Quelques années plus tard, Ach. Foville[1], à Charenton, soignait quatorze femmes circulaires et seulement cinq hommes.

Ritti[2], également à Charenton, voyait, en 1883, six femmes et un homme atteints de psychose périodique.

Telles sont les diverses particularités étiologiques qu'on accorde volontiers à la folie périodique. Elles n'apportent pas, on le voit, à la limitation de cette psychose, des éléments bien précieux.

La gravité des charges héréditaires entraînant la spontanéité en quelque sorte et la fatalité de l'accès, l'âge relativement avancé auquel apparaît le plus souvent la première manifestation de la psychose, sa préférence pour le sexe féminin, ce ne sont pas là des caractères d'une individualité bien tranchée.

* * *

Aussi n'est-ce point, nous l'avons dit, au seul coin de l'étiologie qu'est frappée la folie périodique. Certains auteurs se flattent de pouvoir, à l'examen d'un accès isolé, prédire, en bien des cas, l'évolution de la psychose. Ils avouent toutefois que ce diagnostic est souvent difficile, impossible parfois, qu'il ne peut s'établir que sur des nuances, imprécises à l'occasion, mais d'autres fois suffisamment nettes.

En somme, l'accès maniaque ou mélancolique de la folie périodique ne serait pas tout à fait cliniquement l'accès de la manie ou de la mélancolie simples.

Il est cependant des nosographes qui affirment n'y voir aucune différence. « Les accès de la folie à double forme, écrit Régis[3], ne diffèrent en rien de la manie et de la mélancolie simples et pris isolément il est impossible de les en distinguer ». Arnaud estime que « les carac-

---

[1] Ach. Foville. Article « Folie à double forme » in Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, T. III, 1879, p. 321.

[2] Ritti. Loc. citat.

[3] Régis. Loc. cit., p. 274.

tères distinctifs, s'ils existent, sont encore bien mal connus ». Il ne laisse pas cependant de relever « certaines particularités qui, dans l'étude des symptômes, peuvent mettre sur la bonne voie ».

Quelles sont ces particularités cliniques?

Il en est une sur laquelle il convient de ne pas trop insister parce qu'elle a été rarement signalée et n'a qu'une valeur diagnostique très relative. Nous voulons parler de ce *signal-symptôme*, de cette sorte d'*aura* que certains auteurs ont vu précéder chacun des accès de la folie périodique ou les phases homologues des accès cycliques.

C'est ainsi qu'un malade de Schüle [1] voyait, au début de son accès, un oiseau gris devant sa casquette, hallucination qui se reproduisait à chaque accès. Magnan a vu un maniaque intermittent signaler l'imminence de son accès par la profération de certains jurons toujours les mêmes accompagnés des mêmes gestes et de la même attitude. Telle malade sifflait dans la même occurence, telle autre se revêtait d'un vieux peignoir; une cliente de G. Ballet boit un verre de son urine, etc.

Ces sujets avertissent ainsi leur entourage de l'apparition prochaine de leur accès.

On a noté aussi qu'à l'encontre des autres aliénés qui fuient d'ordinaire l'établissement où ils ont été internés, les périodiques viennent volontiers au moment d'être repris de leurs accidents rendre visite au personnel du service où on les a antérieurement accueillis. (G. Ballet). Certains même sollicitent leur réintégration à l'asile.

Mais ces faits sont très exceptionnels, tandis qu'un des caractères habituels de l'accès périodique c'est la brusquerie avec laquelle il éclate.

La plupart des aliénistes ont insisté sur la *soudaineté de ce début* et en font le privilège spécial de l'accès de folie périodique.

Déjà Baillarger et J.-P. Falret avaient insisté sur cette particularité. « L'invasion de l'accès, dit Magnan [2], est en général assez rapide, et, dans les cas où l'accès est de courte durée, elle peut être brusque: le malade s'est couché bien portant et il se lève maniaque ou mélancolique. Cette brusquerie est particulièrement accusée dans les accès combinés, accès cycliques, dans lesquels la manie succède à la mélancolie ou réciproquement; le passage de l'une à l'autre phase peut même, dans certains cas, ne pas dépasser une heure. Cette brusquerie dans la marche de l'accès intermittent est d'autant plus remarquable que la manie et la mélancolie ordinaires sont habituellement précédées d'une période prodromique d'une certaine durée, caractérisée

---

[1] Schüle. Psychiatrie clinique. Traduction française. Paris 1888.

[2] Magnan. Loc. cit., p. 499.

surtout par de la dépression des forces, un sentiment général de lassitude, d'impuissance, avec de l'abattement, de la lourdeur de tête.

« Le sommeil fait défaut, ou bien il est léger, fréquemment entrecoupé par des rêves et des cauchemars : souvent aussi se montrent des troubles gastro-intestinaux. Cet ensemble de phénomènes somatiques paraît une sorte de préparation de l'organisme au développement des troubles psychiques.

« Dans la folie intermittente, ces prodromes n'existent pas ; l'économie n'a pas besoin d'être préalablement modifiée, l'accès se développe spontanément ou sous l'influence de causes habituellement légères : le sujet possède en lui la prédisposition, c'est-à-dire l'aptitude aux accès dont il paraît faire lui-même les frais. »

La manie et la mélancolie par lesquelles s'extériorise la folie périodique peuvent présenter les diverses variétés ou degrés de la manie et de la mélancolie simples.

Les auteurs classiques décrivent, avec des variantes à peine appréciables dans la terminologie, trois variétés de mélancolie et de manie : la dépression mélancolique ou mélancolie avec conscience ; la mélancolie délirante ; la stupeur mélancolique ; — l'excitation maniaque ; l'excitation maniaque avec idées de grandeur ; — la manie aiguë.

Les accès de la folie périodique ne dépassent généralement pas le premier stade de la dépression ou de l'excitation. Les idées délirantes y sont rares, les hallucinations aussi ; et inversement il est rare qu'un accès de manie et de mélancolie essentielle s'en tienne à ces allures effacées. « Les deux états, dont la succession continuelle constitue la folie circulaire, écrit J.-P. Falret dans sa dixième leçon, ne sont, en général, ni la manie, ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels ; c'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladie mentale sans leur relief.[1] »

Assurément il y a des exceptions, mais la presque unanimité des auteurs ont insisté sur *l'atténuation des symptômes de la manie et de la mélancolie périodique*.

De cette atténuation résulte que les malades sont relativement *lucides* et le plus souvent suffisamment orientés et qu'en bien des circonstances leur entourage se refuse à considérer leur activité ou leur indolence comme de nature morbide. J.-P. Falret avait déjà fait cette remarque.

Les états d'excitation et de dépression sans idées délirantes à proprement parler se rencontreraient rarement, comme nous l'avons dit, dans la manie et la mélancolie simples.

---

[1] J. P. Falret. Loc. cit. p. 337.

« Le délire mélancolique avec idées délirantes et anxieuses, et la stupeur mélancolique se rencontrent, dit Ritti[1], dans bien d'autres affections mentales et elles ne présentent rien de pathognomonique ; il reste donc la dépression mélancolique sans délire intellectuel défini. Cet état s'observe plus rarement en dehors de la folie à double forme et si l'on a affaire à lui, il y a de fortes présomptions que le malade qu'on examine est atteint de cette dernière affection. »

De son côté Régis écrit[2] : « Les degrés les plus élevés de cette période, tels que la manie aiguë, le délire des grandeurs, etc., peuvent aisément être confondus avec d'autres formes d'aliénation mentale et difficilement distingués de celles-ci ; mais la simple exaltation maniaque avec lucidité relative et prédominance du désordre dans les actes, permet de poser, avec quelque vraisemblance, assez voisine de la certitude, le diagnostic : folie à double forme. »

Nous pourrions faire beaucoup d'autres citations semblables. On trouverait la même idée plus ou moins explicitement exprimée, et souvent même en termes à peu près analogues, dans presque tous les auteurs. Magnan cependant ne semble pas voir un caractère distinctif des accès de la folie périodique dans l'effacement de leurs symptômes. Tout au moins n'y insiste-t-il pas. C'est plus de la notion étiologique que des renseignements symptomatiques qu'il dégage les traits particuliers à la psychose.

En somme, d'après presque tous les auteurs, ce qui distingue souvent, dans l'ordre symptomatique, les accès périodiques, c'est l'absence d'idées délirantes, de stupeur et de surexcitation. Beaucoup de malades ébauchent simplement la figure de la maladie : ils en esquissent les traits et ne les revêtent qu'exceptionnellement des couleurs dont les parent à l'ordinaire la manie et la mélancolie essentielles.

Ce premier point acquis, nous examinerons séparément la dépression mélancolique et de l'excitation maniaque de la folie périodique, mais nous n'insisterons que sur les particularités qu'elles présentent, pensant qu'il est inutile de faire ici la description des états mélancoliques et maniaques que tout le monde connaît et dont, à vrai dire, les allures cliniques ont été fixées depuis l'antiquité gréco-latine.

De l'état mélancolique, J. Falret[3] trace le très exact tableau suivant : « L'état mélancolique est plus caractérisé, chez ces malades, par le fond même de la dépression et de la mélancolie simple, que par les

[1] Ritti. Loc. cit. p. 241-242.

[2] Régis. Loc. cit. p.

[3] Jules Falret. La folie circulaire ou folie à formes alternes. *Archives générales de médecine*, décembre 1878 et janvier 1879. Réimprimée in Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, J. B. Baillière, éd. 1890, p. 584.

conceptions délirantes tristes qui, lorqu'elles existent, n'y jouent qu'un rôle très secondaire.

Ce qui domine donc dans la mélancolie des malades atteints de la folie circulaire, c'est l'état général de dépression. Ces malades observés, soit dans la pratique privée (ce qui est le cas le plus habituel), soit dans les asiles des aliénés, se présentent en général à l'observateur sous l'aspect suivant : ils sont affaissés, déprimés et disposés à l'immobilité. Ils ont une tendance naturelle à rester assis ou couchés, et ne se livrent au mouvement que quand y sont contraints et forcés...

... Ils manquent complètement de désir et d'impulsion. Ils resteraient des heures entières dans la même attitude et dans la même immobilité, sans pouvoir se décider à rien. Tout leur est à charge. Ils ne peuvent plus s'occuper et négligent tous leurs devoirs de famille, ainsi que ceux de leur profession. Leur intelligence est ralentie dans son mouvement et obscurcie dans la netteté de ses conceptions. Ils n'ont presque plus d'idées et ne peuvent plus penser. Toute réflexion et toute conversation leur demandent un grand effort et deviennent pour eux une fatigue qu'ils cherchent à éviter à tout prix...

... D'après ce tableau on voit que ce qui domine chez eux, c'est l'état d'affaissement et de dépression de toutes les facultés physiques et morales, état général de mélancolie qui constitue le fond indispensable de toutes les variétés de cette forme de maladie mentale. »

Des idées délirantes peuvent fleurir sur ce fond de dépression. La stupeur elle-même se rencontre parfois; mais ce sont là, en somme, des complications assez rares.

Les troubles de la nutrition, dont nous reparlerons, ont été considérés par certains comme plus accusés dans la folie périodique que dans les formes simples de la manie et de la mélancolie. Ludwig Meyer[1] s'était basé en partie sur cette constatation pour faire de la folie circulaire une trophonévrose.

Quelques autres particularités méritent encore d'être signalées.

On a attiré l'attention à diverses reprises sur le *caractère malveillant* des périodiques. C'est en effet un point de pratique, bien connu des aliénistes, que les ménagements dont il faut user à l'égard de ces malades « les plus méchants et les plus désagréables » des hôtes des asiles. Leurs tendances nuisibles, très accentuées dans les phases d'excitation, persistent au cours des états de dépression. Les malades s'y montrent volontiers querelleurs, menteurs, colères et égoïstes.

D'autre part, la lucidité dont ils font preuve, lorsque leur dépression est peu accusée, persiste encore à quelque degré au cours des états

---

[1] Ludwig Meyer. Ueber circuläre Geisteskrankheiten. *Arch. f. Psychiatrie* 1874, p. 139.

dépressifs profonds comme la stupeur. « Ces malades muets et immobiles, dit J. Falret[1], paraissant plongés dans la stupeur, continuent néanmoins à penser et à réfléchir intérieurement et assistent, bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui se passe au dehors.

Ils semblent étrangers au monde extérieur, mais, en réalité, ils voient et ils entendent tout ce qui se dit autour d'eux.

Ils y assistent si bien que, plus tard, quand ils arrivent à la période d'excitation, ils peuvent rendre compte, avec beaucoup de détails, de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis. »

En somme, les états dépressifs de la folie périodique pris en eux-mêmes sont généralement caractérisés par le peu d'acuité de leurs symptômes et par la persistance de la lucidité des malades et d'autre part, ils tirent quelque trait distinctif de la malveillance, de l'irritabilité et de la méchanceté des sujets qui les présentent.

Ces particularités se retrouvent dans les états d'excitation. Encore ici, c'est « le fond de la manie sans son relief ». Excitation maniaque sans idées délirantes, et surtout sans système délirant, gaieté, exubérance, activité désordonnée, projets grandioses, mais non stupides, et souvent mis à exécution, non sans succès; car la lucidité est relativement conservée, et l'intelligence assez intacte pour qu'on l'ait cru souvent exaltée.

Ces malades ont donc l'aspect de maniaques simples au premier degré de la psychose. Mais alors que ces derniers seraient plutôt bienveillants et même feraient parade, en certaines circonstances, de sentiments altruistes, les maniaques périodiques sont foncièrement nuisibles et méchants. Ils se plaisent à l'ironie, à la médisance, aux confabulations les plus susceptibles de froisser leur entourage. Très vaniteux, pleins d'eux-mêmes, ils dénigrent systématiquement tous ceux qui les approchent et ne supportent point à leur égard la plus innocente observation.

En liberté, ils sont le tourment de leurs familles, à l'asile ils répandent avec une habileté consommée les ferments de l'indiscipline et de la désunion. Leurs plaintes contre les infirmiers, les médecins et leurs camarades sont incessantes.

« Ils sont, dit J. Falret[2], les plus malveillants, les plus taquins, les plus malfaisants de tous les aliénés. Ils inventent à chaque instant les histoires les plus fausses et les plus mensongères et ils les affirment avec un cynisme qui n'a son analogue que chez les femmes hystériques.

---

[1] J. Falret. Loc. cit.

[2] J. Falret. Loc. cit. p. 590.

Ils racontent les histoires les plus invraisemblables avec l'accent de la vérité la plus convaincue; ils attaquent la réputation, l'honneur et la moralité de tous ceux qui les entourent avec une précision de détails et une persistance maladive qui parviennent souvent à porter la conviction dans l'esprit de ceux qui les écoutent, même alors qu'on les connaît le mieux et que l'expérience du passé devrait tenir en garde contre leur caractère malveillant et contre leurs inventions mensongères. »

Les conceptions délirantes sont rares, si l'on fait abstraction des idées de satisfaction à peu près constantes.

Parfois, ainsi que l'a dit Baillarger, ce délire est « caractérisé plus par des impulsions instinctives que par des conceptions délirantes proprement dites ».

Le satyriasis, l'alcoolisme y sont fréquents. Excès sexuels, excès alcooliques et fugues seraient[1] à peu près la règle au début des accès maniaques. L'exaltation du sens génésique peut entraîner ces malades aux viols ou aux actes de pédérastie. L'inversion sexuelle a été signalée par Ritti qui affirme même que « presque tous les sujets qui présentent ce trouble particulier sont atteints de folie à double forme[2] ». Quoi qu'il en soit de cette opinion, nous avons pu chez deux malades atteints de psychose périodique, constater, à titre transitoire, au cours d'accès maniaques, des signes d'inversion non douteuse du sens génital. Les femmes maniaques sont fréquemment nymphomanes. « Elles oublient la retenue propre à leur sexe, écrit G. Ballet; elles lancent des œillades provocantes, écrivent à des amants de rencontre des lettres enflammées. »

Le même auteur a signalé à plusieurs reprises la *sitiomanie* comme pouvant être un symptôme de la mélancolie intermittente[3].

On a noté, en qnelque cas, une véritable transformation de la personnalité, les idées et les tendances du malade venant alors corroborer avec logique la dépression ou l'excitation générale de ses facultés. Une observation bien connue est celle de ce malade de Vanves, qui s'était baptisé Nabo (de Napoléon Bonaparte) et qui, timide et humble dans ses phases de dépression, annonçait avec fierté, dès qu'il entrait dans sa période d'excitation, qu'il venait remplacer son frère et qu'il entendait ne pas « se laisser embêter comme cette poule mouillée, comme ce capon ».

---

[1] Ducosté. Les fugues dans les psychoses et les démences. *Archives de Neurologie* 1907.

[2] Ritti. Loc. cit. p. 141.

[3] Ballet. La sitiomanie symptôme de la folie intermittente. *Annales médico-psychologiques*. Séance du 30 mars 1903, p. 125 et Société de neurologie, juillet 1900 et mai 1907.

Les modifications de ce genre, liées à l'état cénesthésique sont parfois si profondes et si brusques que J. Falret a pu dire qu'il y avait « deux personnes différentes en un seul malade ».

Cet auteur a encore insisté sur les particularités que certains sujets présentent dans leur tenue et leur costume [1].

« Leurs vêtements sont en désordre, à moitié déchirés, malpropres et bizarrement disposés, et dans nos asiles modernes, aujourd'hui si régulièrement administrés au point de vue de l'uniformité de la tenue des aliénés, les malades qui se trouvent dans la période d'excitation de la folie circulaire sont peut-être les seuls qui aient su conserver la bizarrerie et la singularité du costume qui caractérisait autrefois tous les habitants des asiles d'aliénés et qui étaient comme l'enseigne et la manifestation extérieure la plus saillante de la folie. »

J. Falret a signalé d'autre part une tendance de ces malades que nous avons eu bien des fois l'occasion d'observer, quoique avec moins de constance à la vérité que ne le dit cet auteur. « Ils ramassent tous les objets qui leur tombent sous la main, des papiers, des chiffons, des morceaux de bois ; ils en remplissent leurs poches et les tiroirs de leurs appartements, et l'on pourrait dire, sans exagération, qu'il suffirait presque de les fouiller pour arriver, sans aucun autre renseignement antérieur, au diagnostic de leur affection. »

Pendant les périodes d'excitation, les malades engraissent (Ludwig-Meyer) et leurs fonctions, notamment les fonctions digestives, sont plus actives ; mais il y a de l'insomnie. L'amaigrissement est fréquent dans le stade de dépression. Enfin il existe chez ces malades une disposition aux accidents congestifs qui affectent rarement une tournure grave et guérissent le plus souvent sans laisser de traces.

On le voit, ces particularités cliniques de l'état maniaque des périodiques ne sont, à proprement parler, que des nuances. Isolées, elles n'ont pas de valeur décisive ; associées, au contraire, elles donnent à l'accès, si l'on en croit les auteurs qui les décrivent, une physionomie suffisamment spéciale pour légitimer sa séparation d'avec l'accès maniaque essentiel, en l'absence de tout renseignement sur l'évolution.

Celle-ci a cependant une importance capitale car ce sont les caractères qu'elle présente qui permettent de définir exactement la folie périodique.

C'est par l'étude de l'évolution que la folie à double forme de Baillarger et la folie circulaire de Falret ont pu jadis être isolées des autres affections mentales et notamment de la manie et de la mélancolie idiopathiques avec lesquelles on les confondait en s'appuyant sur la similitude des symptômes apparents.

---

[1] Falret. Loc. cit. p. 593.

C'est encore aujourd'hui le même ordre de renseignements qui permet seul, en bien des cas, un diagnostic solide.

***

Nous avons vu, la définition de la folie périodique s'établir sur « la reproduction d'accès isolés ou conjugués de manie ou de mélancolie. »

Ainsi, d'une part, la reproduction des accès, d'autre part leur conjugaison, caractérisent cette psychose.

En ce qui concerne les *accès isolés,* on distingue leur reproduction, ou, si l'on veut, leur périodicité, des récidives que peuvent présenter la manie et la mélancolie essentielles. Il y aurait entre ces récidives et le retour plus ou moins régulier des accès de la manie et de la mélancolie intermittentes, la même différence, par exemple, qu'entre des récidives de pneumonie au cours de la vie d'un sujet quelconque et les poussées successives de bronchite tuberculeuse d'un bacillaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'affections bien isolées l'une de l'autre, nées sous l'effort d'éléments étiologiques accidentels ; dans le second, se trahit, par la reproduction de phénomènes aigus, la présence d'une même affection plus ou moins latente.

Cette comparaison nous paraît susceptible de faire bien saisir la différence entre les cas de manie et de mélancolie récidivantes et ceux de manie et de mélancolie intermittentes.

Celles-ci sont constituées respectivement par des accès isolés de manie et de mélancolie. Chaque phase morbide est séparée de la suivante par un intervalle de santé, complète pour les uns, imparfaite pour les autres. Cette intermittence est généralement d'une durée variable ; autrement dit, les accès se reproduisent le plus souvent sans régularité ; selon les cas, on note un ou plusieurs accès par mois ou seulement par année. Parfois même ils sont séparés les uns des autres par une période normale de plusieurs années.

On note la même variété dans la durée de l'accès lui-même : nous avons parlé des diverses particularités de leurs allures cliniques.

Un point intéressant, c'est la *ressemblance* de ces accès chez le même malade. Sans doute il est des exceptions, mais souvent l'accès intermittent se reproduit chaque jour jusque dans les moindres détails.

« L'accès ultérieur, dit J. Falret, ressemble en tous points, par les symptômes physiques, intellectuels et moraux, et même par les idées

délirantes exprimées, ainsi que par sa marche, aux accès précédents Le malade passe le plus habituellement par toutes les phases des accès antérieurs, presque d'une matière fatale. »

Le type évolutif de la manie et de la mélancolie intermittente est rarement pur ou régulier. Il est de règle d'observer, après une période plus ou moins longue d'accès maniaques, par exemple, quelque accès de dépression, et inversement. Ce sont là, suivant la prédominance de telle ou telle variété d'accès, *la manie ou la mélancolie intermittente à type irrégulier,* signalées notamment par Arnaud.

Les *accès conjugués*, les accès mélancoliques-maniaques se présentent sous des types nombreux.

La *folie à double forme,* isolée en 1854 par Baillarger, a été la première variété connue : un accès mélancolique est immédiatement accolé à un accès maniaque, soudé à lui, selon l'expression de Ritti, et ces deux accès liés ensemble sont séparés d'un couple semblable par une intermittence plus ou moins longue.

Dans *la folie circulaire,* l'accès mélancolique-maniaque est continué par un accès semblable, sans séparation aucune, sans intermittence.

Le malade atteint de *folie à formes alternes*, ou simplement *folie alterne,* présente une variété de folie, intermittente au sens vulgaire du mot, dans laquelle se succèdent un stade de dépression, un stade d'état normal et un stade d'excitation répétés dans le même ordre pendant un temps plus ou moins long.

Afin de rendre plus claire la formule exacte de ces formes typiques, on s'est depuis longtemps ingénié à la traduire en des graphiques qui permissent d'en saisir d'un coup d'œil les moindres détails.

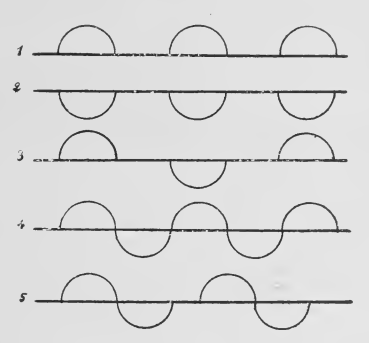
L'application de la méthode graphique à la figuration des diverses modalités de la folie périodique, a été inauguré par Régis en 1884. Motet présenta, en son nom, à la Société médico-psychologique [1] de Paris, les graphiques qui furent reproduits depuis par le savant aliéniste de Bordeaux dans les diverses éditions de son Manuel, et qui servirent de point de départ à la plupart des représentations schématiques d'accès mélancoliques et maniaques.

Les graphiques de Régis s'appliquent les uns aux observations individuelles, les autres — et ce sont ceux-là qui nous intéressent particulièrement — aux variétés cliniques de la folie périodique. Ces derniers schémas consistent en ceci : figuration de l'état normal par une ligne horizontale ; figuration des états maniaques par des courbes au dessus de cette ligne, et des états mélancoliques par des courbes en dessous de cette ligne. (Voir page suivante).

---

[1] MOTET. Méthode graphique appliquée à l'étude de la folie à double forme. (Société médico-psychologique. Séance du 31 mars 1884.) *Annales méd. psych.* 1884, 6e s. t. XII, p. 104.

Récemment, ces schémas qu'on trouve reproduits dans tous les traités et manuels de psychiatrie, ont été critiqués par Bresler[1] d'abord et ensuite par Deny et Camus. Ces divers auteurs sont d'avis que ce mode de représentation graphique des états d'excitation et de dépression doit être abandonné pour deux raisons. La première c'est : « qu'il tend d'abord à faire croire en représentant l'excitation par une ligne située au dessus de la normale et la dépression par une ligne située au dessous, que le premier de ces états est un trouble *hyper* et le second un trouble *hypo* de l'activité psychique normale ; or, tous les auteurs admettent aujourd'hui que ces deux états ne sont opposés qu'en apparence et que, loin d'être antagonistes, ils ont tous deux pour substratum un fonds commun de dépression mentale ou de douleur morale[2]. »



1. Manie intermittente. — 2. Mélancolie intermittente. — 3. Folie alterne. — 4. Folie circulaire. — 5. Folie à double forme.

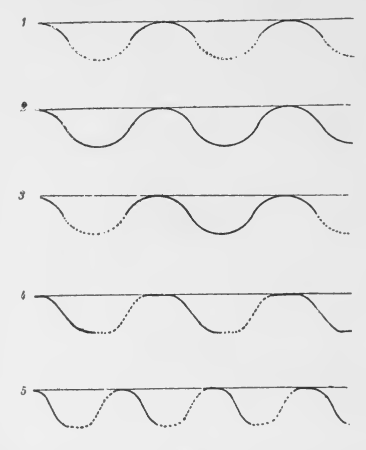
La seconde raison, c'est que dans la figuration d'un accès à double forme ou circulaire, la courbe pour passer d'un côté à l'autre de la ligne horizontale coupe cette ligne en un point où, logiquement, elle indique un état normal ; or, cet état normal n'existe pas. Aussi Bresler propose-t-il un mode de figuration qui a été accepté en principe par Deny et Camus èt appliqué par eux aux diverses formes des psychoses périodiques, mode de figuration dans lequel toutes les courbes sont situées

---

[1] Bresler. Nature et représentation graphique du complexus symptômatique maniaque. *Psychiatr. neurol. Wochenchr.* 1906 (n° du 20 janvier)

[2] Deny et Camus. Loc. cit.

au dessous de la ligne horizontale, c'est-à-dire au dessous de l'état normal. Pour distinguer l'accès mélancolique de l'accès maniaque, celui-ci est représenté par une ligne pointillée. On obtient ainsi, d'après Deny et Camus, les graphiques suivants :

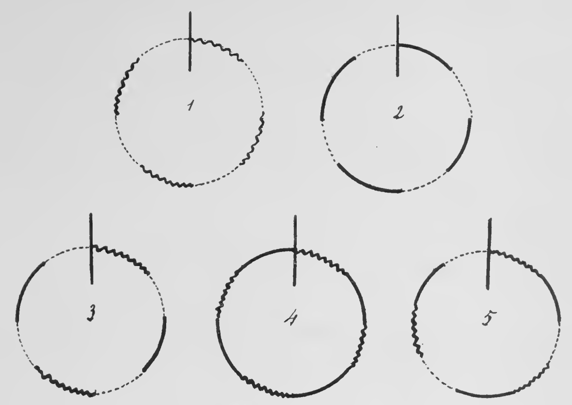


1. Manie intermittente. — 2. Mélancolie intermittente. — 3. Folie alterne. — 4. Folie à double forme. — 5. Folie circulaire.

Il faut bien le dire : toutes ces discussions sur les divers modes de figuration des accès de psychoses périodiques sont d'intérêt très relatif; la principale qualité d'un schéma — en dehors de toute question doctrinale — c'est d'être clair ; or, à ce point de vue, le mode de schématisation de Régis n'est pas critiquable. Au surplus, il est à noter que dans la dernière édition de son traité de psychiatrie, Kræpelin a eu recours à propos des états mixtes à un mode de représentation graphique analogue.

Il y aurait, peut-être, un moyen de remédier à ces critiques; ce serait que les lignes courbes indiquant l'état pathologique ne soient pas figurées au dessus ou au dessous d'une ligne horizontale, mais autour d'un centre. Elles correspondraient ainsi à des segments de circonférence, les états de dépression étant représentés par une ligne pleine, les états d'excitation par une ligne ondulée et l'état normal par une ligne poin-

tillée, ce qui permettrait d'établir les schémas suivants qui se liraient de gauche à droite dans le sens des aiguilles d'une montre, à partir du trait vertical.



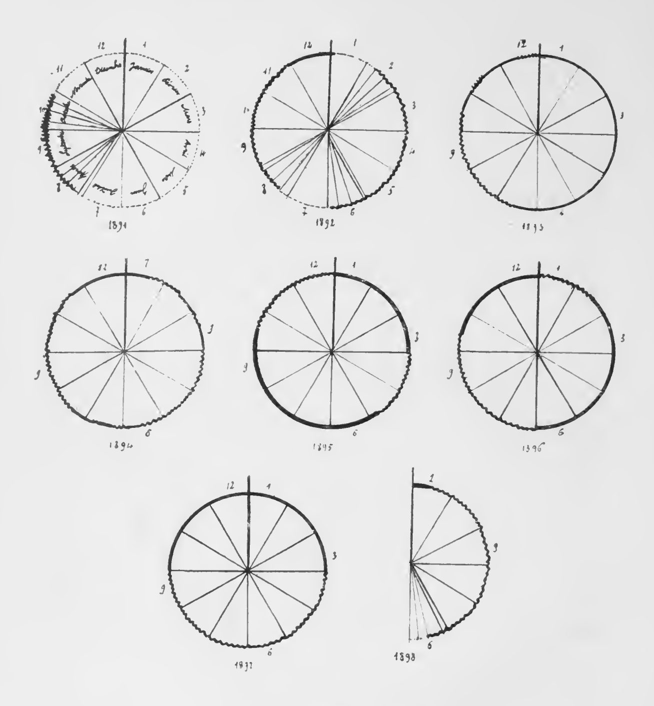
1. Manie intermittente. — 2. Mélancolie intermittente. — 3. Folie alterne. — 4. Folie circulaire. — 5. Folie à double forme.

Il est très facile d'obtenir, avec ce procédé, la représentation schématique de toute la série des accès d'un malade. On divise le cercle en douze secteurs égaux représentant chacun un mois, et chaque secteur en quatre semaines; on inscrit sur la circonférence chaque accès à l'aide des signes que nous avons indiqués, on fait une circonférence pour chaque année de la maladie et l'on a ainsi, de manière facilement appréciable, toute l'histoire d'un périodique. A titre démonstratif nous avons transcrit à la page suivante, dans ce langage graphique, une observation d'Arnaud, citée dans le Traité de pathologie mentale de G. Ballet.

Les types de folie périodique que nous avons représentés d'après Régis, Bresler, Deny et Camus et nous-mêmes se rencontrent rarement dans leur forme idéale. Non seulement la succession schématique des accès est souvent troublée par l'intervention d'un état de dépression ou d'excitation inattendu, mais encore ces types se succèdent ou s'associent chez le même malade sans qu'on puisse dégager la loi obscure de cette succession.

G. Ballet est d'avis que souvent un certain nombre d'accès simples de manie ou de mélancolie précèdent l'apparition des accès à double

forme. Toutefois, citant l'opinion de J. Falret, appuyée par Ritti, qui pensait que la folie à double forme est constituée dans son type définitif dès le premier accès, G. Ballet croit qu'en bien des cas un accès à double forme, dont une phase était indécise, a pu être pris pour un accès simple.



Il paraît bien, sous cette réserve, que la tranformation d'une manie ou d'une mélancolie intermittentes en folie à forme alterne, circulaire, à double forme, ou même en mélancolie et manie chroniques n'est pas chose exceptionnelle.

On a cité un certain nombre de cas où l'accès variait de type

suivant les saisons : à l'hiver appartiendrait la dépression et l'excitation à l'été. Ce serait la *folie périodique* au sens limitatif et précis du mot. Cette influence saisonnière est d'ailleurs tout à fait irrégulière.

Magnan, parlant des types de psychose périodique que nous avons indiqués, fait remarquer que leurs variétés sont si fréquentes qu'on « trouverait facilement des triples, des quadruples formes, des doubles, des triples alternes, etc. ».

La ressemblance des accès conjugués entre eux n'est pas rare, et, serait presque la règle chez les circulaires.

Cette ressemblance se poursuit le plus souvent jusque dans le mode de passage d'un stade à l'autre ou de l'état morbide à l'état normal.

Ce passage peut être brusque et ainsi que l'a noté, le premier, Baillarger, il s'accomplit souvent dans le sommeil. « Tel malade qui s'était couché mélancolique se réveille maniaque ». Ce serait là surtout le mode de succession des accès courts et aussi de ceux de la folie circulaire.

La transformation lente et progressive d'un accès en un accès d'allure inverse serait la plus habituelle, Entre les deux phases maniaque et mélancolique existerait, d'après Falret, une période « très imparfaite et de bien courte durée », période d'équilibre « que l'on peut comparer au repos passager de la mer entre la marée montante et la marée descendante ».

Le passage par oscillations successives de la manie à la mélancolie, décrit également par J. Falret, est considéré comme exceptionnel par Ritti, tandis que Magnan et Arnaud le jugent fréquent avec raison.

Par quelle phase commence l'accès à double forme? Indistinctement par l'une ou par l'autre, le plus souvent peut-être par la phase mélancolique. Quoiqu'il en soit, « une fois le roulement des accès établi, dit Arnaud, l'ordre de succession des deux stades ne varie généralement pas ».

La durée de chaque accès et de chaque phase de l'accès est changeante et non susceptible d'être réduite à une formule univoque. Il en est de même des intermittences. Ces modifications, dans la périodicité des accès, dans leur durée et dans celle de leurs phases constituantes, se rencontrent non seulement de malade à malade, mais même chez le même sujet. Leurs causes déterminantes nous échappent.

Enfin, il n'y a pas, généralement de relation étroite entre le degré d'intensité, chez le même sujet, des stades mélancolique et maniaque. A la dépression simple peut se juxtaposer la manie délirante, à la stupeur, l'excitation simple; et cette non concordance dans l'intensité des phénomènes de dépression ou d'excitation peut varier, quoique rarement, chez le même sujet, dans des proportions quelconques.

Les considérations qui précèdent résument les opinions des auteurs sur les particularités des accès, sur leur périodicité et leur enchaî-

nement. Mais il est un autre point qui se rattache à cette étude : il a trait à l'intervalle lucide, à l'intermittence, qui sépare les accès.

Il peut sembler, à première vue, arbitraire, de faire une étude spéciale d'une période de la vie d'un malade, considérée comme normale et distincte de ses accès de manie et de mélancolie. Mais précisément tous les cliniciens n'admettent pas que, dans ces périodes intercalaires, l'état mental soit absolument normal et, dès lors, il convient d'exposer leurs diverses façons de voir, qui, en dehors de leur intérêt doctrinal, résolvent, on le conçoit, d'une façon toute différente, la question litigieuse de la responsabilité des intermittents.

Les auteurs se divisent sur ce point en deux groupes : les uns, parmi lesquels figurent surtout les allemands, ne pensent pas que l'intervalle lucide soit un retour à la raison parfaite; ils y notent un certain degré de déchéance intellectuelle ou des troubles du caractère plus ou moins graves. Les autres, en majorité français, jugent normal l'état mental des périodiques entre les accès, tout au moins au début de la psychose.

En somme, la folie périodique se développerait, pour les premiers, sur un « cerveau invalide » (Schüle); pour les second, chez des « sains d'esprit » (Magnan).

Les auteurs allemands voient, semble-t-il, chez un périodique, un malade assez semblable à un cardiaque, par exemple, qui, dans l'intervalle de ses accès d'asystolie, souffre encore de divers troubles légers et n'a point un état de santé parfaite.

Avançant une comparaison assez semblable, Magnan écrit : « Dans ces formes mentales, nous sommes en pleine intermittence, on pourrait dire aussi en pleine diathèse, c'est-à-dire, que le fou intermittent, comme le rhumatisant, après une première manifestation de son état diathésique, revient à la santé, sans que rien ne trahisse au dehors sa disposition maladive qui, à la suite des causes les plus légères, et parfois même sans cause appréciable, se traduira, chez l'un, par une arthrite, un torticolis, chez l'autre, par un accès maniaque ou mélancolique, accompagné parfois d'idées délirantes plus ou moins systématisées. »

La « diathèse », pour les cliniciens d'outre-Rhin, ne se tait pas complètement entre les accès.

De ces cliniciens, nous citerons les opinions lorsque nous étudierons la conception allemande des folies périodiques. Voici quelques passages caractéristiqnes des auteurs français.

J.-P. Falret, faisant des réserves sur la fréquence et la durée de l'intervalle lucide, dit que « toutefois, cet intervalle lucide existe... ; dans la folie circulaire à longues périodes, l'intervalle lucide peut avoir une longue durée ».

Pour Baillarger : « Les accès de folie à double forme peuvent guérir comme les autres accès de folie et les rechutes n'ont lieu quelquefois qu'après plusieurs années de bonne santé. »

A propos de l'intervalle lucide, J. Falret s'exprime ainsi : « Le malade a repris réellement le caractère qu'il avait avant sa maladie. En l'étudiant profondément au point de vue psychologique, on ne peut parvenir à le trouver ni différent de lui-même à son état normal, ni différent du type habituel de l'humanité... On est bien obligé, malgré les opinions théoriques que l'on peut professer, de reconnaître que ce malade se trouve dans un état d'équilibre de raison aussi parfait que possible. »

Ritti admet, comme Baillarger, la guérison des accès et par conséquent le retour à la santé normale pendant l'intermittence.

Marcé, Dagonet pensent qu'il est difficile de formuler une loi générale en ce qui concerne la légitimité de l'intervalle lucide. Chaque cas exige une appréciation spéciale. Ball, Regis, tout en faisant de sages réserves, acceptent le retour à l'état normal pendant les intermittences prolongées.

Il est à remarquer que ceux-là même qui jugent l'intermittence complète au début de la psychose, lorsque l'intervalle entre deux accès est suffisamment long, insistent sur les modifications de l'état mental qui apparaissent au bout d'un certain nombre d'années.

« Au début et pendant une longue période de la maladie, affirme Magnan [1], l'intelligence est intacte, mais avec la répétition et la prolongation des accès, quelques modifications interviennent.

« La lucidité est entière, la portée intellectuelle ne diminue pas d'abord, mais on constate tantôt une certaine irritabilité, une activité remuante qui n'est pas ordinaire; d'autres fois, au contraire, c'est de l'apathie et de la nonchalance qui paraît d'autant plus accusée qu'on la compare à l'état habituel de santé du sujet. »

Il ne faut pas confondre cette intermittence imparfaite d'une psychose frappant un cerveau affaibli par l'âge avec ce que Baillarger appela *fausse intermittence* et J. Falret *faux intervalle lucide*. Ces deux expressions désignent cet état passager, théorique presque, qui lie la phase mélancolique d'un accès à double forme à sa phase maniaque. L'état mental du sujet est alors, suivant la comparaison des auteurs, semblable à l'indécise clarté du crépuscule, à l'équilibre de la mer entre la marée montante et descendante, à l'état de l'homme qui se réveille, etc. Ce n'est pas l'état normal, ce n'est pas non plus l'état mélancolique ou maniaque, mais un équilibre hésitant entre les deux.

En pratique, ce moment est généralement insaisissable.

Il suffit d'ailleurs, si l'on veut conserver la tradition de Baillarger et J. Falret, de bien se souvenir qu'une *intermittence vraie* peut séparer deux accès de folie périodique, tandis que la *fausse intermittence* sépare les deux phases d'un accès conjugué.

* * *

Comment évolue la folie périodique, considérée non plus dans les particularités de ces accès en eux mêmes, mais dans son cycle entier constitué par l'ensemble de ses accès et des intervalles lucides ?

Souvent, nous l'avons vu, la psychose débute par un accès mélancolique ou maniaque qui se reproduit à intervalles plus ou moins éloignés et qui aboutit à la longue à un type circulaire ou à double forme, généralement irrégulier.

Parfois, la psychose se termine par une manie ou une mélancolie chronique.

Dans la plupart des cas, les intervalles lucides deviennent de plus en plus courts et de moins en moins complets au point de vue de la restitution de l'intelligence. Mais l'affaiblissement intellectuel ne paraît être causé que par « les progrès de l'âge » et non de la maladie.

Cependant cet affaiblissement intellectuel serait lui-même, pour la plupart des auteurs, exceptionnel, et J. Falret parle de « l'activité intellectuelle presque juvénile » des intermittents « malgré leur âge avancé et l'ancienneté de leur maladie ». Arnaud cite les cas de deux malades âgés de 75 et 83 ans dont « la vigueur intellectuelle serait positivement surprenante pour des personnes du même âge, non aliénées ».

L'affection évolue donc sans autres épisodes que les accès d'excitation et de dépression qui la caractérisent.

La mort des malades « n'a lieu pour ainsi dire que par accident » selon l'expression de Régis : elle n'est pas, autrement dit, le fait de la psychose. La démence est un épiphénomène d'ailleurs rare ; la transformation en une autre psychose n'existe point ; le passage à la chronicité n'est peut-être qu'une erreur d'interprétation, en raison par exemple d'un obstacle apporté à l'observation d'une intermittence tardive.

Pour les uns la guérison est exceptionnelle, pour les autres elle ne s'observe jamais.

Il est probable, en effet, que les rares cas de guérison publiés ne sont que de longues intermittences.

Ainsi apparaît la simplicité et en quelque sorte la marque de l'évolution de cette psychose : une succession fatale au cours de toute la vie d'états maniaques ou mélancoliques.

Ces états sont, sans doute, pour chaque cas, beaucoup plus nombreux qu'on n'en peut juger d'après les internements des malades. Il faut, en effet, ne point oublier que les formes atténuées de la folie périodique passent généralement inaperçues.

Ces formes sont fréquentes, plus fréquentes que les autres, disent Krafft-Ebing [1] et J. Falret.

Les phénomènes de ton différent qui les constituent sont assez effacés pour échapper à l'examen de médecins dont l'avis est rarement sollicité, d'ailleurs, en pareil cas. Cependant J.-P. Falret, et à sa suite, tous les auteurs les ont vus et, pour la plupart, décrits. J. Falret en a laissé un magistral tableau que nous citerons en entier, ne pensant pas pouvoir traduire avec plus de précision et de coloris ces *formes atténuées* de la folie périodique que l'éminent médecin de la Salpêtrière désigne sous le nom de *degrés atténués de la folie périodique observés dans le monde* [2].

« Il y a une catégorie de faits bien importants à signaler, dit J. Falret, surtout au point de vue de la pratique et de la médecine légale. On ne sait pas assez et l'on ne saurait trop répéter qu'on rencontre fréquemment, dans les familles et dans la société, des individus que l'on ne considère pas comme des malades, moins encore comme des aliénés, et dont la vie entière se passe, à l'insu de la plupart des personnes qui les entourent, dans un roulement successif de périodes d'excitation modérée et de mélancolie peu prononcée et qui sont en réalité atteints d'un degré évident, mais plus léger, de cette forme de maladie mentale. Ils continuent à vivre de la vie commune ou de la vie de famille, sans que l'on songe à les traiter comme des malades, bien loin de les considérer comme des aliénés et surtout de les faire enfermer dans les asiles. Tant qu'ils sont dans la période d'excitation, ces individus paraissent simplement avoir changé de caractère et avoir acquis momentanément une activité inaccoutumée. Ils s'occupent d'affaires ; ils font des visites nombreuses ; ils écrivent des lettres à des personnes qu'ils ne fréquentent pas habituellement ; ils ont un besoin de mouvement incessant ; ils dorment très peu, font des voyages ou des projets nombreux ; ils remplissent avec une activité fébrile les devoirs de leur profession, ou bien ils entreprennent des affaires nouvelles qu'ils cherchent à mener de front avec leurs occupations habituelles ; ils manifestent à tout propos une gaieté exagérée ; ils se montrent intelligents, loquaces et même spirituels et quoiqu'il y ait toujours un grand désordre dans leurs actes et un certain décousu dans leurs discours, les personnes qui ne les connaissent pas de longue date ou qui ne les ont pas observés à d'autres époques ne peuvent pas juger de leur véritable situation mentale, tandis que la

---

[1] KRAFFT-EBING. Traité clinique de psychiatrie, trad. française. Paris, 1897.

[2] FALRET, loc. citato, p. 604. — Nota : Ce sont des états psychopathiques analogues, véritables formes atténuées des psychoses périodiques qui ont été décrites plus ou moins heureusement sous les dénominations de « neurasthénie circulaire » (Sollier), de cyclothymie (Hecker et Wilmans), de dépressions périodiques (Lange), de mélancolie neurasthénique (Friedmann).

nature maladive de cet état n'échapperait pas à un observateur attentit et est quelquefois appréciée avec vérité par des membres de leur famille ou par ceux qui vivent habituellement avec eux. Ce caractère maladif devient bien autrement manifeste lorsqu'après une durée plus ou moins longue de l'état d'excitation, qui a passé pour un simple changement de caractère, on voit survenir peu à peu ou tout à coup chez ces individus, jusque là d'une gaieté et d'une activité exagérées, un état précisement inverse, à tel point que l'on croirait avoir affaire à deux individus différents. Au lieu de présenter cette activité exubérante qui ne ressentait ni la fatigue ni le besoin de repos, ces malades cessent de sortir, de faire des visites, de s'occuper d'affaires ; ils changent complètement de caractère ; ils deviennent sédentaires, peu communicatifs, presque silencieux ; ils fuient le monde, recherchent la solitude et l'isolement, parlent peu ou répondent brièvement aux questions qu'on leur adresse, se plaignent d'un malaise général, d'un état de souffrance très pénible, d'anxiété précordiale, de perte d'appétit ; ils sont tristes, malheureux, anxieux sans motifs ou pour de légers motifs. Ils ont eux-mêmes conscience de leur état et s'en affligent, mais ils ne peuvent parvenir à le modifier ; ils arrivent ainsi jusqu'au dégoût de la vie ou au refus des aliments et, dans les cas extrêmes, ils se renferment dans leur chambre pendant plusieurs mois, sans attirer d'une manière notable l'attention des personnes qui les entourent, surtout lorsqu'on sait qu'ils sont sujets à ce que l'on appelle vulgairement des accès d'humeur noire.

« Quant au public, il n'aperçoit ces individus que de temps en temps et n'a aucune occasion de les voir lorsqu'ils sont renfermés chez eux ; il ne peut donc pas se douter de l'état maladif dans lequel ils se sont trouvés pendant plusieurs mois, et lorsqu'il les voit reparaître plus tard, à l'époque où surgit la période d'excitation, il les retrouve tels qu'il les a connus autrefois. Il croit dès lors à un caractère excentrique, gai et spirituel et à une activité fébrile, comme on en observe chez quelques individus exceptionnels, mais il ne peut soupçonner l'existence d'un état morbide qui n'est appréciable que par la reproduction successive de périodes d'excitation et de dépression que tout le monde n'est pas appelé à constater.

« Tel est le degré le plus léger et le plus souvent inaperçu de la folie circulaire, dont l'observation ne peut être faite qu'en dehors des asiles d'aliénés. »

C'est cette nécessité inhérente à l'atténuation de ces accès qui empêche souvent d'apprécier exactement leur fréquence et leurs rapports d'alternance avec les accès francs. Et comme nous n'observons le plus souvent que les accès intenses de la folie périodique, nous ne pouvons guère que tracer un tableau incomplet de la marche de l'affection, la plupart des observations manquant de tel ou tel épisode que son dessin effacé n'a pas permis de déceler.

* * *

Ainsi comprise, avec ses caractéristiques étiologiques, symptomatiques et évolutives, la folie périodique n'est point difficile à reconnaître. Mais si les renseignements tirés de l'évolution font défaut, si le clinicien se trouve en présence d'un accès maniaque ou mélancolique chez un malade dépourvu de famille, on conçoit que ce diagnostic devienne beaucoup plus délicat.

Les classiques français ne discutent pas sur les caractères mêmes de l'accès : ils admettent implicitement qu'on ne saurait confondre un état maniaque ou mélancolique avec un autre état morbide ; et, en fait, de la part d'un clinicien avisé, cette prétention est légitime.

L'accès de manie ou de mélancolie périodique doit être différencié, en premier lieu, des accès de même couleur non périodiques, fonction soit de la mélancolie et de la manie simples, soit des états d'excitation et de dépression dégénératives ; en second lieu, des états maniaques ou mélancoliques qui peuvent survenir au cours des psychoses toxiques et infectieuses ou des névroses : l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie ; en troisième lieu, enfin, des états maniaques et mélancoliques de la paralysie générale ou des syndrômes mentaux accompagnant les lésions cérébrales.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel des accès périodiques et des accès de manie et de mélancolie simples, nous avons insisté en parlant des particularités symptomatiques des premiers sur les éléments de ce diagnostic. Nous avons, d'ailleurs, fait remarquer que certains auteurs, tel que Régis, ne leur reconnaissent aucune valeur ; que, pour d'autres, ils ne constituent que des nuances, souvent sans intérêt, mais parfois suffisamment nettes pour permettre un jugement motivé.

La brusquerie du début et de la fin de l'accès, l'atténuation, l'effacement de ses aspects cliniques, la relative lucidité qu'on y rencontre, le fond du caractère de l'intermittent, sa méchanceté, son besoin de nuire et de calomnier, et, en ce qui concerne spécialement le maniaque « son collectionnisme », sa tendance à s'affubler d'oripeaux variés, constituent les quelques signes propres aux malades atteints de psychoses périodiques.

Ces nuances, d'ailleurs, sont surtout nettes dans les cas de folie circulaire ou à double forme. Elles sont beaucoup moins marquées, sinon absentes, dans les cas de manie ou mélancolie intermittentes. C'est une remarque que nous désirons faire à propos de ce diagnostic différentiel, et dont nous pouvons, de par notre expérience personnelle, soutenir le bien-fondé. Assez souvent il est possible, en tablant sur

ces petits signes, de rapporter à une folie périodique qui évoluera dans le sens de la double forme ou de la circularité continue, un accès maniaque ou mélancolique; il est, par contre, généralement impossible d'aboutir aux mêmes probabilités lorsqu'il s'agit d'un accès de manie ou de mélancolie intermittentes.

Pour G. Ballet, le diagnostic de la manie et mélancolie périodique et de la manie et mélancolie simple peut se schématiser ainsi : « Les accès de manie et de mélancolie simple sont d'ordinaire provoqués par une cause physique ou morale facilement appréciable ; ils sont habituellement caractérisés par une phase prodromique de durée plus ou moins longue, caractérisée par de la tristesse, de l'insomnie, de l'inappétence. Au contraire, les accès symptomatiques de la folie périodique surviennent souvent spontanément sans l'intervention d'aucune cause déterminante ; ils n'ont pas de prodrome et débutent avec brusquerie ; le plus souvent on n'observe que de l'excitation maniaque ou de la dépression mélancolique, tandis que dans la manie et la mélancolie vulgaires les troubles sont d'habitude plus accusés et se traduisent les troubles maniaques par de la manie aiguë avec incohérence des idées et du langage, les troubles mélancoliques par de la dépression avec idées délirantes de ruine, de culpabilité, de damnation. »

Le diagnostic différentiel des accès de la folie périodique et des accès de la *dégénérescence* mentale a été tracé par Magnan.

Il se base principalement sur des considérations tirées de l'âge et de l'état mental habituel du malade.

« Un sujet de 25 à 35 ans, dit-il [1], jusque là sain d'esprit, ne peut pas être un héréditaire dégénéré. Sans doute, les héréditaires dégénérés peuvent revêtir toutes les formes mentales et se présenter sous les apparences les plus diverses, mais un accès maniaque ou mélancolique chez un héréditaire dégénéré de 25 à 35 ans ne saurait être la première manifestation maladive ; en dehors de sa déséquilibration mentale qui devient apparente de très bonne heure, il n'attend pas habituellement sa trentième année pour témoigner de sa prompte réceptivité morbide, et, presque toujours, il a déjà été envahi par l'un ou l'autre des nombreux syndrômes épisodiques de la folie héréditaire. »

Gilbert Ballet établit le diagnostic différentiel sur des considérations semblables.

« Quant aux accès symptomatiques de la dégénérescence, écrit le savant professeur [2], d'une part, l'époque de leur apparition est ordinairement précoce : c'est l'adolescence ou même l'enfance ; d'autre part, les anamnestiques apprennent que les individus qui en sont affectés présen-

[1] Magnan. Loc. cit., p. 501.

[2] G. Ballet. Loc. cit., p. 889.

taient antérieurement soit la débilité intellectuelle, soit les signes de la déséquilibration mentale qui font toujours défaut dans la forme typique de la folie intermittente. »

La simulation des états de manie ou des états de mélancolie périodique par certains syndrômes d'origine infectieuse ou toxique est trop grossière pour que nous y insistions longuement.

Les psychoses confusionnelles (infectieuses et auto-toxiques) sont faciles à différencier dans leurs phases de dépression ou d'excitation d'avec les accès périodiques, car outre qu'elles s'accompagnent le plus souvent d'altérations profondes de la santé générale, de phénomènes fébriles, etc., elles ont pour apanage distinctif la désorientation mentale, l'amnésie, et un délire franchement hallucinatoire. Les psychoses alcooliques ont des caractères spécifiques encore plus nets pour éviter d'être confondues dans leurs formes excito-motrices ou dépressives avec les états analogues de la folie périodique. Où le diagnostic d'emblée est hérissé de difficultés, c'est quand il s'agit d'un périodique passagèrement alcoolisé; nous avons observé deux cas de ce genre où le début de l'accès maniaque s'accompagne d'excès d'alcool considérables, et dans ces deux cas nous n'avons pu être fixé sur la nature réelle de l'accès que grâce aux renseignements des familles.

Rapporter certains accès d'excitation et de dépression symptomatiques de la folie périodique à la neurasthénie et à l'hystérie est une erreur qui peut se commettre mais qu'il est possible d'éviter pour peu que l'on ait recours à la notion étiologique, à la notion évolutive, et que l'on ne perde pas de vue l'existence des formes atténuées des psychoses périodiques dont nous avons parlé. Au point de vue clinique, la recherche minutieuse de ce qu'on est convenu d'appeler les « stigmates de la neurasthénie » et les « stigmates physiques et mentaux de l'hystérie » aidera dans une certaine mesure au diagnostic. Il ne faudra pas perdre de vue en pareil cas, en ce qui concerne l'hystérie, selon la remarque de Deny « que c'est à la psychose hébéphréno-catatonique qu'il faut rattacher les états de dépression durables et prolongés, entrecoupés de phases d'excitation, de maniérisme, de tics, de stéréotypies, etc., qu'on observe chez quelques hystériques ».

Le diagnostic des états d'excitation et de dépression des épileptiques et des accès périodiques est beaucoup plus difficile. Quand il s'agit de l' « épilepsie larvée » il est même tellement délicat qu'un certain nombre d'auteurs, le déclarant impossible et illusoire, ont avancé que la folie périodique n'était qu'une modalité de l'épilepsie. L'apparition tardive, en certains cas, d'attaques convulsives, loin de les détourner de cette opinion, est pour eux la meilleure preuve de sa légitimité.

Cliniquement, l'accès psychique d'origine épileptique débute avec tout l'imprévu et la soudaineté des modalités diverses du mal comitial. Il

se termine brusquement aussi et est suivi d'une fatigue morale et physique qu'on rencontre fréquemment dans l'accès de la folie intermittente; il se répète périodiquement et avec des aspects identiques. Sans doute, l'excitation y est plus vive, la violence plus aveugle, la dépression cotoie ordinairement la stupeur, mais ce ne sont pas là des traits bien distinctifs.

L'inconscience des épileptiques et l'amnésie bien connue qui suit toutes leurs attaques, motrices ou psychiques, apportent au diagnostic un concours précieux. Cependant, on ne peut pas accorder une valeur absolue à l'amnésie et à l'inconscience des épileptiques, car différents auteurs et notamment Ducosté[1], Claude et Baudoin[2] ont montré que la fréquence de ces caractères soi-disant propres à l'épilepsie avait été exagérée. C'est précisément dans l'épilepsie psychique, dans les équivalents de l'attaque motrice dont font partie les accès de dépression et d'excitation que cette conservation de la conscience et de la mémoire se retrouve, non pas constamment, mais assez fréquemment pour conseiller la plus grande prudence dans l'établissement du diagnostic.

Une différenciation, non moins ardue parfois, est celle des accès d'excitation de la folie périodique et de la *paralysie générale* au début.

Arnaud a excellement indiqué les bases de ce diagnostic dans son rapport sur le « Diagnostic de la paralysie générale[3] » dont il résume ainsi qu'il suit les indications se rapportant à notre sujet dans son article sur les Psychoses périodiques du Traité de médecine mentale de Gilbert Ballet[4].

« L'*humeur* du paralytique est plus changeante, ses projets et ses entreprises sont plus mobiles... L'excité maniaque est beaucoup moins inégal, sa personnalité est infiniment plus stable, plus semblable à elle-même, et aussi plus rétive.

« *Dans l'ordre intellectuel*, on découvre chez les paralytiques au début quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans leurs conceptions, en un mot des *traces de démence commençante* (Falret). Ce cachet démentiel n'appartient pas à l'exaltation maniaque vésanique.

Un autre caractère sur lequel Régis a insisté après J. Falret, est tiré des dispositions morales des malades : « tandis que le paralytique est

---

[1] Ducosté. De l'épilepsie consciente et mnésique, et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. *Thèse de Bordeaux*, 1899.

[2] Claude et Beaudoin. Sur une forme de délire ambulatoire conscient chez des épileptiques. *Encéphale* n° 2, 1907.

[3] Arnaud. Diagnostic de la paralysie générale. Rapport au Congrès de Toulouse, 1897.

[4] Id., Traité de pathologie mentale de G. Ballet, p. 614.

doux, bienveillant[1] *et généreux*, au moins à la surface. l'excité maniaque est agressif, menteur, égoïste et méchant . . . . L'excité maniaque a le *goût* du mal, la *persévérance* dans la méchanceté et *l'habileté consommée* à nuire à son entourage..

« D'utiles indications seront fournies encore par l'étude *des actes;* chez le paralytique général, ils sont caractérisés par leur absurdité, leur inutilité manifeste, l'absence de tout espèce de motif; souvent délictueux, ils peuvent être en même temps *préjudiciables à leur auteur*, ce qui n'est pas le cas chez les circulaires excités. »

En dehors de la différenciation de l'acès de folie périodique avec les accès de même couleur des autres psychoses, diagnostic primordial en l'espèce. il en est une autre qu'on ne saurait s'empêcher de tenter. C'est celui de la forme de l'accès. Un malade se présente, par exemple, avec les allures d'un maniaque. On a pu établir, par exclusion, les liens de cet accès maniaque, avec la folie périodique. Est-on en présence de la phase d'excitation d'une double forme ou d'une folie circulaire ou d'une folie intermittente pure?

Ce problème ne semble guère pouvoir être résolu. Cependant la remarque que nous faisons ci-dessus sur la plus grande constance des particularités cliniques de la folie périodique dans les accès à double forme ou circulaires peut permettre quelque présomption. On peut dire toutefois que le doute est en ce cas, très justifié.

Enfin, il faudra se garder de prendre pour un accès de manie ou de mélancolie intermittentes un accès à double forme dont une des phases reste effacée. Cette erreur est fréquente sans doute lorsque le médecin n'a pas suivi le malade et doit baser une opinion sur des renseignements le plus souvent peu précis.

Quand aux *formes atténuées* on conçoit les difficultés dont leur diagnostic est entouré.

« Une excitation légère, écrit G. Ballet[1], une dépression peu marquée, passent parfois pour de simples bizarreries transitoires de caractère et d'humeur. On néglige de consulter le médecin pour des troubles d'apparence anodine qui ne nécessitent pas le placement dans un asile . . . . Ceci explique que beaucoup d'intermittents continuent à vivre dans leur famille, et qu'il soit souvent difficile, lorsqu'on est appelé à les examiner, de reconstituer l'histoire entière de leur maladie et des accès qu'ils ont présentés. »

Krafft-Ebing[2] a insisté sur l'importance au point de vue médico-légal, de ces formes atténuées.

---

[1] Une série de travaux récents résumés dans la thèse inaugurale de Bonhomme (La prétendue bienveillance des paralytiques généraux. Thèse de Paris 1905) a montré qu'il ne fallait attacher qu'une importance relative à cet élément de diagnostic.

[1] G. Ballet. Loc. cit.

[2] Krafft-Ebing. Traité clinique de psychiâtrie. Trad. franç., 1900.

II. — La folie maniaque-dépressive

Nous avons dit en quelques lignes, dans le chapitre II, la conception de Kræpelin touchant les psychoses périodiques. Mais si l'on se contentait d'y voir une synthèse un peu plus compréhensive que celle inaugurée par Magnan, on n'aurait de la *folie maniaque-dépressive* qu'une idée très incomplète.

A la vérité, la pensée du professeur de Munich va infiniment plus loin. Non seulement tous les cas de manie, toutes les formes périodiques, tous les cas de mélancolie — sous la réserve de la mélancolie d'involution — sont des phénomènes appartenant au même état morbide, mais encore ce n'est que par une observation superficielle des faits qu'on a séparé la manie de la mélancolie. Il n'y a pas de différence essentielle entre elles deux. Ce sont, au fond, des états homologues. Si l'on ne s'arrête pas aux différences extérieures, évidemment très apparentes, mais sans signification, si l'on analyse avec soin les caractères intimes de ces deux soi-disant contraires, on s'aperçoit qu'ils sont identiques. Dans l'un et l'autre, des signes fondamentaux permettent de ne les concevoir que comme les traductions extérieures d'un même fond mental.

Procédant à la façon du naturaliste, qui sans faire état de caractères très saillants, visibles pour tous parce qu'ils sont tout extérieurs, rapproche les uns des autres des êtres d'apparence très différente sur la comparaison de similitudes profondes et essentielles, Kræpelin, sans s'arrêter aux dissemblances qui ont retenu depuis Hippocrate l'attention de tous les psychiâtres, met en relief les traits communs de la manie et de la mélancolie, et montrant à la base de chacune d'elles un état plus ou moins marqué d'inhibition psychique, déclare que ces deux anciennes entités, toujours opposées l'une à l'autre, ne sont en définitive que les apparences diversement nuancées d'un même fonds morbide.

C'est en cela que la doctrine allemande est originale et mérite l'épithète de « conception unitaire » que lui donnent certains auteurs.

Si la manie est comme la mélancolie fonction de l'inhibition, de la paralysie psychique, il n'y a plus, dans les diverses phases de la folie maniaque-dépressive, que des différences de détail. En somme, elles sont toutes des troubles d'hypo-activité, et si l'on a cru si longtemps que la manie traduisait une activité exagérée des fonctions intellectuelles et motrices, c'est qu'on prenait pour le résultat de la mise en action de processus psychiques supérieurs, ce qui ne traduisait qu'une exagération de l'automatisme mental. Exagération réelle ou simplement apparente, proportionnée à la perte de l'équilibre que maintenait jusque là l'intervention de l'activité mentale supérieure.

Ainsi, à la base de la doctrine de Kræpelin, se place une pro-

fonde investigation psychologique[1], qui éclaire d'un jour nouveau et aide à interpréter les données de l'investigation clinique.

Quels sont donc les signes fondamentaux de la paralysie psychique que l'on rencontre aussi bien dans les états dits mélancoliques que dans les états dits maniaques ?

C'est tout d'abord une *diminution de l'aperception*. Absente, pénible ou difficile dans la dépression, l'attention volontaire est toujours plus ou moins affaiblie dans l'excitation. Elle y est distraite, mobile, ne peut arrêter au passage aucune impression pour la soumettre au jugement. Ainsi, dit Kræpelin, tous ces malades ont une image contradictoire et lacunaire de ce qui les entoure.

Le *ralentissement de l'association des idées* est constant, à l'encontre des opinions classiques, dans la manie aussi bien que dans la mélancolie. Les idées ne s'enchaînent pas ; elles sont détachées les unes des autres, le lien d'une idée directrice ne les soutenant plus. Elles sont émises au hasard dans la poussée de l'automatisme libéré, si bien que le maniaque, malgré les apparences, est plus riche de mots que d'idées.

Dans les états d'excitation comme dans ceux de dépression, les *perceptions sont fausses ou insuffisantes*. Le monde extérieur ne se reflète dans la conscience de ces malades qu'avec des couleurs indécises ou altérées.

Enfin, les maniaques comme les mélancoliques, sous le masque trompeur de leurs réactions parfois contraires, ont les uns et les autres une *indifférence émotionnelle* qui va de la déviation des sentiments affectifs à leur perte à peu près complète.

Tout ce qu'ils peuvent présenter en dehors de ces conséquences essentielles de la paralysie psychique, tient soit à des réactions en rapport avec elles, soit au plus ou moins d'emportement de l'automatisme mental.

L'exaltation de cet automatisme fait apparaître de nouveaux symptômes qui voilent souvent les premiers et que Kræpelin décrit encore dans les signes généraux de la maladie.

Le phénomène de la fuite des idées, l'agitation, l'état cœnesthésique anormal, les illusions et les hallucinations, les idées délirantes, les idées fixes ou obsédantes, les impulsions motrices ou psychiques (colère, irritabilité, violences, etc.) sont les principales de ces manifestations dont nous reparlerons lorsque nous traiterons de la psychologie de ces malades, manifestations qu'on retrouve au fond, bien qu'à des degrés extrêmement variables, chez les déprimés comme chez les excités.

---

[1] Il est à noter que Kræpelin a émis sa théorie unitaire en se basant sur des travaux de psychologie expérimentale, travaux qui lui ont permis d'étudier en quelque sorte de manière mathématique le mécanisme psycho-pathologique de l'excitation et de la dépression.

Tel est le premier groupe de constatations sur lequel s'est basé Kræpelin pour constituer la folie maniaque dépressive.

Et, parallèlement, la clinique lui montrait l'origine commune et la parenté étroite des états mélancoliques et maniaques dans l'observation des « états mixtes ». Les malades, en effet, présentent souvent, dans le même temps, enchevêtrés les uns aux autres en une association qui en multiplie et en transforme les aspects, des éléments de dépression et d'excitation. Comme deux substances de couleur différente pulvérisées ensemble dans un mortier donnent un mélange dont la coloration n'est plus l'une ou l'autre des colorations primitives, mais les rappelle toutes deux, ainsi la manie et la mélancolie se pénétreraient mutuellement chez le même sujet pour aboutir à « l'état mixte » où se retrouvent sous un aspect nouveau les deux états encore reconnaissables qui l'ont constitué.

Cette constatation des états mixtes que Kræpelin décrivit avec le plus grand soin, apportait donc une confirmation très nette aux observations psychologiques précédentes.

Poursuivant sa démonstration, le professeur de Munich avançait que la manie et la mélancolie simples rentraient dans les limites de la folie maniaque-dépressive par leurs aspects symptomatiques que rien ne distinguait des accès de même couleur reconnus périodiques ; par leur évolution, car il n'avait jamais vu un de ces accès ne pas récidiver ; par l'observation de cas intermédiaires où se rencontraient, au cours d'une série d'accès maniaques, des accès dépressifs plus ou moins nombreux.

Bien plus, une observation attentive des cas de manie et de mélancolie dites pures, le faisait pencher à nier la réalité de ces accès dont il semblait qu'une phase avait, dans l'atténuation de ses symptômes, passé inaperçue. L'accès maniaque était un accès à double forme dont le stade mélancolique était peu marqué, et inversement dans l'accès mélancolique un stade maniaque sans grand éclat n'avait pas été décelé.

La folie maniaque-dépressive, de Kræpelin, étayée de toutes ces observations, était donc une entité clinique dont les diverses variétés, qu'elles fussent isolées ou non, devaient être considérées comme des modes particuliers d'un même état morbide.

Elle pouvait, dès lors, se définir comme le font Deny et Camus dans leur excellent ouvrage : « Une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression. »

Ce rapide exposé des idées de Kræpelin montre bien sur quels points essentiels la conception, qu'on pourrait appeler allemande, des psychoses périodiques, la *folie maniaque dépressive*, diffère de la conception française, la *folie périodique*.

Si nous faisons abstraction, pour le moment, de points de détails que nous retrouverons plus loin, on voit que deux divergences profondes séparent Kræpelin des auteurs français : c'est tout d'abord l'abandon de

la théorie qui fait de la manie et de la mélancolie deux états différents et même contraires ; c'est ensuite la réduction de la manie et de la mélancolie entités à de simples « équivalents », pour employer l'expression de Kræpelin lui-même, de la folie maniaque-dépressive.

La nouvelle conception a rallié un certain nombre d'adeptes, parmi lesquels, en France, P. Sérieux, Deny et leurs élèves. Elle a soulevé, par contre, de multiples objections. [1]

Ces objections n'ont pas porté spécialement sur l'interprétation des faits, mais surtout sur les faits eux-mêmes. C'est ainsi qu'on a mis en doute la répétition forcée d'un accès de manie ou de mélancolie, la constance de l'accès à double forme à prédominance maniaque ou mélancolique, etc. Chose curieuse, alors que l'essentiel de la théorie nouvelle est dans les résultats de l'analyse psychologique et de la psychométrie, on a surtout dressé contre elle les conclusions de l'observation clinique, et c'est en se plaçant sur le même terrain que certains adeptes de Kræpelin ont soutenu les idées du maître.

Tout d'abord, on a nié que les cas de mélancolie ou de manie intermittentes ou périodiques pures fussent à bon droit réductibles à la psychose maniaque-dépressive, puisque dans chacun de ces cas, pris isolément, une des périodes nécessaires à la constitution d'une forme « maniaque-dépressive » manque : la période maniaque pour les formes mélancoliques et réciproquement.

L'argumentation de Kræpelin, sur ce point, a été acceptée et défendue par ses partisans. Ils ont invoqué un double argument.

Les formes mélancoliques et maniaques pures, intermittentes ou périodiques, sont, disent-ils, extrêmement rares ; dans l'immense majorité des cas, il vient s'y mêler, pour peu que l'observation se prolonge suffisamment, un élément qui transforme le type, tout d'abord uniforme, en un type « irrégulier » soit qu'après une série d'accès mélancoliques survienne un accès maniaque, soit qu'à la suite d'une longue phase d'excitation continue ou intermittente, apparaisse une période de dépression.

Ces « types irréguliers » sont reconnus par tous les aliénistes et, au regard de la conception de la folie maniaque-dépressive, leur « irrégularité » est tout à fait dans l'ordre.

D'autre part, à côté de cette notion de constatation facile, un examen plus approfondi de l'accès lui-même, semble apporter en faveur de l'étroite dépendance de la mélancolie et de la manie, et de la

[1] Parmi les psychiâtres qui n'ont pas encore admis la conception de Kræpelin, on peut citer : en France, tous les classiques et la plupart des auteurs de monographies (sauf Sérieux et ses élèves, Rogues de Fursac, Deny et Camus) ; en Italie, Tanzi, professeur à Florence, qui expose des vues originales sur la folie intermittente et qui continue à admettre l'existence de la manie et de la mélancolie simples ; en Russie, Serge Soukhanoff et Ganoutchine qui admettent une folie maniaque-dépressive amputée de la manie et de la mélancolie essentielles ; en Allemagne, Ziehen, Mendel, etc.

légitimité des conceptions nouvelles, des arguments d'une haute valeur.

En effet, il n'est pas certain qu'il existe des cas de mélancolie et de manie absolument pures. Griesinger et les deux Falret avaient insisté sur les formes atténuées des accès d'excitation et de dépression, et ils avaient montré que dans leur effacement ces accès pouvaient fort bien passer inaperçus de l'entourage du malade et même du médecin. Tel malade catalogué mélancolique a été tout d'abord un maniaque « frustre », méconnu, et inversement la phrase de dépression d'un maniaque a été mise sur le compte de l'originalité, de la misanthropie, etc.

Ces faits, loin d'être exceptionnels, seraient la règle, et il n'existerait pas d'accès d'excitation ou de dépression isolés. C'était l'opinion nettement formulée par Kræpelin, et depuis que l'attention a été appelée sur ce point, elle a été partagée par plusieurs cliniciens. « Tout accès de manie ou de dépression mélancolique contient en germe, dit Rogues de Fursac, les éléments de l'excitation et de la dépression ». De même, Afranio Peixoto[2] écrit que « les accès maniaques et les accès mélancoliques, comme on les appelle couramment, sont des crises d'excitation mêlées de phénomènes dépressifs et vice versa. » Deny et Camus[3] professent la même opinion : « Les accès de manie intermittente sont, en réalité, des accès maniaco-mélancoliques, mais à prépondérance maniaque ; et les accès de mélancolie intermittente, des accès dépressivo-maniaques à prépondérance dépressive. »

Les auteurs anciens avaient déjà noté, sans y attacher d'importance ces variations de l'humeur. Il est curieux de lire dans Arétée de Cappadoce[4] l'explication suivante de l'état mental de certains maniaques après la cessation de leur accès : « guéris, ils deviennent languissants et tristes ; ils se rappellent ce qui vient de leur arriver et ils en sont honteux et confus ». Quant aux états mixtes, déjà entrevus par Guislain[5]

---

[1] Rogues de Fursac. Loc. cit., p. 296.

[2] Alfranio Peixoto. Folie maniaque-dépressive. *Annales médico-psychologiques*, 1905.

[3] Deny et Camus. Loc. cit., p. 18.

[4] Cité par Ritti, loc. cit., p. 9.

[5] Guislain. Leçons orales sur les phrénopathies (cité par Deny et Camus, loc. cit., p. 47). Schüle, dans sa *Psychiatrie clinique*, 1886, p. 309, avait parlé de « la liaison des symptômes maniaques avec ceux de la stupeur ». H. Dehio (De certaines formes de folie périodique, XIX[e] Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, juin 1894) avait rapporté des cas de « stupeur maniaque ». Pilcz (loc. cit. p. 56) affirme que Marcé, Foville et Magnan avaient entrevu les états mixtes. Marcé aurait même employé le terme de « formes mixtes ». Il nous a été impossible de retrouver aux pages de ces auteurs indiquées par le médecin viennois, pas plus qu'en une autre partie de leurs œuvres, un seul passage faisant allusion réellement aux états mixtes. Par contre, Baillarger, qu'on n'a point cité à ce propos (Communication à l'Académie 1854, loc. cit.), parle (p. 155) « des cas nombreux dans lesquels des symptômes d'agitation surviennent au début, à la fin, ou même *dans le cours* de la mélancolie ». Mais, chose curieuse et qui prouve bien que Baillarger n'a pas soupçonné les états mixtes, c'est qu'il s'appuie sur ce mélange de symptômes pour rejeter ces cas du cadre de la folie à double forme pour laquelle « le principal élément de diagnostic est la régularité dans la succession des périodes ».

et quelques autres, il ne paraît pas qu'ils soient encore arrivés à la connaissance des auteurs qui repoussent la conception de Kræpelin. Ils n'en parlent point en effet, sauf G. Ballet[1] qui leur consacre dans la dernière édition du Traité de Médecine les quelques lignes suivantes :

« Dans cette forme d'accès on trouve associés chez le même malade et au même moment les symptômes de l'état maniaque et de l'état mélancolique. *Elle présente un grand intérêt, car elle démontre la commune origine et la nature identique de phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de l'excitation et de la dépression.*

L'accès mixte peut se présenter sous plusieurs aspects.

Dans un premier groupe de faits l'état mental proprement dit des malades rappelle la mélancolie avec stupeur : même obtusion, même impossibilité d'éveiller l'attention, même indifférence. Mais, au lieu de l'inertie motrice, habituelle en pareil cas, le malade est en proie à une agitation parfois très vive, exclusivement automatique. Il quitte constamment sont lit, va et vient de tous côtés, toujours en mouvement, brise les objets qui l'entourent, lacère ses vêtement ou ses draps, tout cela presque sans proférer une parole.

Kræpelin a insisté particulièrement sur les états de cet ordre qui l'ont amené à désigner les psychoses périodiques sous le nom de folie maniaque dépressive.

Dans un deuxième groupe l'état mental est identique à celui du maniaque par la fuite des idées, la loquacité, l'agitation motrice. Mais l'humeur au lieu d'être comme dans la manie gaie, enjouée, encline à la plaisanterie, est triste, sombre, et le sentiment qui domine est la colère.

Dans un troisième groupe enfin on peut voir la tristesse, les idées délirantes mélancoliques s'associer à une véritable logorrhée et à un degré parfois très marqué d'agitation. Les malades, toujours en mouvements, s'accrochent à toutes les personnes qu'ils rencontrent et les étourdissent de leurs plaintes et de leurs lamentations incessantes ».

L'opinion qui fait d'un accès de manie dite pure un accès à double forme dont la phase mélancolique est plus ou moins fruste n'a pas d'autre part été acceptée par tous, et l'on a pu, dès lors, objecter à l'essai de synthèse de Kræpelin les cas de manie non récidivante qui plaident, semble-t-il, en faveur de la conservation de cette entité.

A l'encontre de cette opinion, un certain nombre d'auteurs modernes n'admettent plus l'existence de la manie ou la considèrent comme tout à fait exceptionnelle.

---

[1] G. Ballet. Article psychoses, p. 887, in Traité de Médecine. Paris, Masson, édit. 1905.

Morel et les deux Falret[1], Kahlbaum[2], Sankey[3] et Griesinger[4] avaient d'ailleurs soutenu une opinion analogue.

Vedrani[5] et J. Finzi[6], se rangent sans restriction à l'opinion de Kræpelin sur ce point.

La plupart des auteurs allemands tendent également à rejeter la manie simple ou insistent sur sa grande rareté.

C'est ainsi que Taalman[7], Hinrichsen[8] n'en voient que très peu de cas.

Claus[9] et de Buck[10] professent la même opinion en Belgique, Lambranzi et Perazzolo[11] en Italie.

Thomsen[12], Weygandt[13] en Allemagne, Sérieux, Rogues de Fursac, Deny et Camus en France rayent définitivement la manie du cadre des psychoses.

Cependant d'autres auteurs défendent encore l'ancienne conception. Tiling en Allemagne parle de manie « idiopathique » dans un travail un peu ancien, il est vrai[14]. Gucci[15] relève sur les registres du Manicôme de Florence l'entrée en 55 ans de 4.747 maniaques dont plus de la moitié (2.419) n'ont pas été réintégrés après leur sortie de l'asile par guérison. Il en conclut que la manie peut ne pas récidiver, conclusion peu convaincante, on l'avouera, si elle ne se base que sur ces constatations.

---

[1] Surtout J. Falret fils qui écrit textuellement (loc. cit., p. 586). « La manie et la mélancolie ne sont pas de véritables formes naturelles de maladies mentales, mais de simples états symptômatiques, susceptibles de revêtir des formes diverses, selon la nature de la cause ou de l'affection principale, qui leur imprime son cachet particulier et domine toutes leurs manifestations ».

[2] Kahlbaum. Sur la folie cyclique. *Irrenfreund*, 1882, n° 10.

[3] Sankey. Lectures on mental diseases. Londres, 1884.

[4] Griesinger. Traité des maladies mentales. Trad. française, 1873.

[5] Védrani. La mélancolie, psychose d'involution. *Bulletino del manicomio prov. di Ferrara*, 1899, III. — Id. Quelques cas de folie maniaque-dépressive ; faits et conclusions. *Giornale di psych. clinica e technich. manicomial*, 1905, fasc. 1 et 2. — Id. La folie maniaque-dépressive et le Traité de Tanzi. Brochure. Lucca Landi, 1905.

[6] Finzi. Manie, mélancolie et psychose maniaco-dépresssive. *Bulletino del manicomio prov. di Ferrara*, 1899, III.

[7] Taalman. In *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1897 et in Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet.

[8] Hinrichsen. Idem.

[9] Claus. Catatonie et stupeur. Rapport au Congrès de Bruxelles, 1903.

[10] de Buck. Qu'entend-on par manie ? « *Journal de Neurologie* 1906 ».

[11] Lambranzi et Perazzolo. *Giorn. di Psich. e techn. manic*, 1906.

[12] Thomsen. Faits et démonstrations sur la folie maniaque-dépressive. Congrès de Bruxelles, 1903, II. p. 69.

[13] Weygandt. Atlas-manuel de psychiatrie. Edit. franç., Paris, Baillière, 1904.

[14] Tiling. La manie se présente-t-elle sous la forme de modalité morbide autonome ? *Jahrbüch f. Psych.*, v. 1-2, 1885.

[15] Gucci. Manie, mélancolie et psychose maniaque-dépressive. *Riv. di pat. nerv. e ment.*, 1899, fasc. XII.

En France, la plupart des auteurs, continuent à décrire une manie idiopathique.

Il en est de même de la mélancolie dont les uns persistent à faire la description selon les anciennes traditions, dont les autres ont élargi le cadre dans le sens que nous avons indiqué tandis qu'à la suite de Kræpelin, certains n'y voient plus qu'une traduction clinique de l'involution présénile (Sérieux et son élève Capgras, Rogues de Fursac, Deny).

La folie maniaque-dépressive a donc ses partisans et ses adversaires. Pour beaucoup, elle n'a pas encore droit de cité dans la science; mais elle a soulevé trop d'intérêt et appelle trop impérieusement l'attention pour qu'on n'en établisse pas le tableau tel que Kræpelin et ses adeptes l'ont tracé.

Nous allons passer en revue les traits principaux qui lui donnent sa physionomie propre : ils sont tirés de l'examen psychologique, de l'observation des symptômes et de l'évolution de la maladie.

* * *

Les processus psychiques sont identiques dans leur intimité qu'on ait à faire à la dépression ou à l'excitation. Il y a, autrement dit, des « signes généraux » à la folie maniaque-dépressive.

Nous avons vu tout à l'heure que Kræpelin les rangeait sous deux chefs : *la paralysie psychique et l'exagération de l'automatisme.* La première est surtout caractéristique ; elle se rencontre invariablement dans tous les états maniaques ou mélancoliques, la seconde est particulièrement évidente dans la manie.

Cet aperçu psychologique a donc deux divisions naturelles qui en faciliteront la clarté. Dans la première nous étudierons les troubles de l'intelligence (au sens large du mot) qui sont tous, ainsi que nous l'avons dit, des troubles d'hypoactivité ; dans la seconde nous passerons en revue les troubles de l'automatisme qui selon qu'on regarde la manie ou la mélancolie sont des troubles d'hyper ou d'hypoactivité. Mais ici prenons bien garde que nous distinguons seulement des différences de degrés, dans des réactions que nous considérons par rapport à un point de repère qui est l'état d'équilibre appelé normal.

Cela ne veut pas dire que ces réactions et ces troubles soient différents dans leur nature.

Ils sont par rapport à l'état normal ce qu'est, si l'on veut bien nous passer cette comparaison, la température ambiante par rapport à une température que nous appelons « tempérée » parce qu'elle est dans nos pays la température par excellence, adaptée à nos habitudes physiolo-

giques et sociales. Mais il n'y a point de différences de nature entre ce que nous désignons par « froid » c'est-à-dire une température inférieure de quelques degrés aux 15 degrés centigrades considérés comme « normaux » et « chaud » c'est-à-dire une température supérieure de quelques degrés à la température « normale ».

De même les réactions automatiques des maniaques-dépressifs pour diverger en sens inverse de la normale n'en restent pas moins, malgré leurs apparences, des phénomènes ne se distinguant que par un nombre très variable de degrés dont l'état actuel de la psychométrie ne nous permet que difficilement l'évaluation exacte.

A l'abri de cette réserve essentielle, nous étudierons la psychologie des maniaques-dépressifs, mais en laissant de côté la technique et le détail des investigations psychométriques.

A. *Troubles des facultés psychiques supérieures.*

Nous examinerons ces troubles dans l'ordre suivant : troubles des perceptions ; de la conscience ; de l'idéation ; de l'affectivité ; de l'activité ; de la cénœsthésie et de la personnalité.

Troubles des perceptions. — La perception exacte des impressions extérieures paraît exiger, en dehors du fonctionnement intégral des appareils sensoriels, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, une série d'associations d'idées grâce auxquelles les perceptions sont reconnues, comparées et précisées.

Dans la folie maniaque-dépressive, les perceptions sont toujours insuffisantes ou inexactes. Insuffisantes, elles donnent au malade une connaissance fugitive et indécise du monde extérieur, inexactes elles se traduisent par les illusions.

L'insuffisance des perceptions existe ici à tous ses degrés, depuis les plus superficiels, à peine appréciables, jusqu'aux plus profonds qu'on rencontre au summum de l'excitation maniaque et dans les états stuporeux.

Les impressions recueillies — peu ou pas — par la conscience trop obscurcie pour redonner leur éclat aux impressions antérieures, font naître un état de confusion mentale qui peut être poussé jusqu'à des limites extrêmes.

Ce ne sont pas seulement les impressions venues de l'extérieur qui sont ainsi faussées ou sans force; celles qui naissent du jeu de nos organes et qui traduisent à notre conscience leur fonctionnement régulier ou leurs diverses altérations peuvent également être perturbées. En dehors d'un état cœnesthésique gai ou triste, c'est-à-dire au-dessous ou au-dessus de l'état cœnesthésique normal (nous y reviendrons plus loin), on connait

l'inexcitabilité, des maniaques et des mélancoliques aux variations de température, à la faim, à la soif, à la douleur. Ils montrent, les uns et les autres, une indifférence frappante aux plus graves blessures ; les mutilations et les maladies les trouvent souvent sans réactions bien nettes : le mélancolique y consacre son immobilité, le maniaque son inaltérable bonne humeur.

Les illusions naissent des impressions fugitives et incomplètes. Elles sont nombreuses dans les degrés moyens et élevés de la manie et de la mélancolie. Fréquemment, apparait l'illusion du « déjà vu ». Tout le monde a observé de ces malades qui, dès leur entrée dans un asile, reconnaissent les pensionnaires, le personnel et les médecins, se retrouvent comme chez eux dans les jardins et les appartements. Ces sujets ne peuvent pas saisir sous les ressemblances superficielles les traits distinctifs des êtres et des choses. « Un malade, dit Weygandt, prenait le bruit de voitures pour un roulement de tambours ; un autre, en état de dépression, croyait reconnaître des cornes dans les cheveux épais de son médecin. » Certains de ces malades, complètement désorientés par leurs perceptions frustes et leurs illusions multiples, vivent dans un monde imaginaire dont l'édification est en grande partie complètée par les hallucinations que nous décrirons dans un instant.

Troubles de la conscience. — L'obnubilation de la conscience est fonction des troubles de la perception. Elle est peu marquée dans les formes légères de la manie et de la mélancolie, très évidente dans leurs formes graves.

Elle est portée au maximum dans la manie suraiguë et dans la stupeur.

Parfois la conscience a été tellement troublée, le malade s'est montré si désorienté et si confus, que ces troubles persistent après la cessation de l'excitation ou de la dépression et demandent pour être corrigés un temps beaucoup plus long qu'il n'en faut pour s'amender aux symptômes principaux de la maladie.

Cette confusion secondaire ne se dévoile, dans cet isolement, que grâce à une analyse psychologique minutieuse et très avisée. Elle paraît être particulièrement fréquente après les états de profonde dépression mélancolique.

Troubles de l'idéation. — On peut décrire sous cette rubrique générale les troubles de l'attention, de l'association des idées, de la mémoire et du jugement.

L'*attention spontanée*, par laquelle les phénomènes frôlent, si l'on ose dire, la conscience et n'y réveillent aucune impression antérieure, peut être normale ou même exaltée dans la manie et la mélancolie. L'*attention volontaire* ou *aperception,* par contre, est toujours plus ou moins affaiblie.

C'est l'attention volontaire qui conditionne tous les phénomènes psychiques conscients. Sans elle, l'intelligence est réduite aux seules ressources de l'automatisme ; elle flotte au gré des impressions extérieures sans pouvoir en retenir aucune : l'association des idées est impossible, le jugement absent, la mémoire inutile.

Les divers degrés des troubles de l'aperception se rencontrent dans les états maniaques-dépressifs, depuis l'absence complète de toute attention réfléchie (stupeur, manie suraiguë) jusqu'à sa mobilité plus ou moins grande.

Rogues de Fursac[1] cite l'exemple suivant de mobilité anormale de l'attention au cours d'un état maniaque moyen :

« On demande à un maniaque de raconter la mort de sa mère, cause occasionnelle de sa maladie. Il commence : « La pauvre femme est rentrée du travail le soir. Elle a été prise d'un frisson... » Un des assistants prend un crayon sur une table devant le malade. « Tiens ! voilà un crayon, un crayon bleu, ma foi... Savez-vous dessiner ?... » Un autre assistant se met à tousser. Le malade se tourne vers lui : « Si vous toussez, prenez des pastilles Geraudel... Vous savez, il est défendu de cracher par terre... Ah ! mais oui... » Le premier assistant déboutonne son veston. « Vous n'allez pas vous déshabiller ici, je suppose, c'est du propre !... » Remarquant un accroc léger au gilet du même assistant : « Vous n'avez donc pas de femme pour vous raccommoder. »

On pourrait varier cet exemple à l'infini. On voit de ces malades, flottant ainsi au gré des impressions extérieures, n'en pouvant retenir aucune, et incapables de les comparer et de les juger, ne plus parler que par « clichés », par proverbes, par interjections ou calembours.

C'est l'entrée en scène de l'automatisme mental à la faveur de l'absence des facultés psychiques supérieures.

L'*association des idées* est toujours défectueuse aussi bien dans la manie que dans la mélancolie. C'est un des troubles les plus évidents et les plus importants de ces états.

Les idées, pour s'associer selon les exigences de la logique, doivent se rattacher à une « idée directrice » qui les réfrène et les ordonne. L'idée directrice manque chez les malades que nous considérons.

« A l'état normal, dit Kræpelin, nos conceptions visent toujours un but donné et suivent une direction bien définie. Dans le cas actuel, éclatent, au contraire, une foule d'idées accessoires, évanouies aussitôt que nées, chez l'homme sain ; elles naissent de mille manières, puisqu'il suffit d'un bruit, d'une tournure de phrase pour les éveiller et leur donner même une importance telle qu'elles s'emparent pour un instant du cerveau du patient tout entier. Ce n'est pas, comme on le prétend, une

---

[1] Rogues de Fursac. *Manuel de psychiâtrie*, 2e éd., Paris, Alcan, 1905, p. 63.

hypertrophie de l'idéation ; une série d'expériences spéciales démontrent, au contraire, que la création d'idées neuves est très lente et très pénible. Cependant, le terme de « fuite des idées » est parfaitement exact, en ce sens que chaque idée prise à part n'a qu'un temps de durée fort réduit. Les idées sont fugitives et s'effacent avant même d'être arrivées à se constituer dans leur plénitude. Il en résulte que des troubles de ce genre s'accompagnent toujours d'une altération plus ou moins marquée de la conscience. L'état d'esprit et l'humeur du malade trahissent sans cesse cette mobilité de l'attention [1]. »

Dans les cas les plus graves, l'idée directrice ne peut être évoquée ; dans les cas les plus légers, ce n'est que par un effort plus ou moins intense que le malade parvient à lui donner place dans sa conscience. On observe alors du ralentissement dans l'association des idées. Les conceptions sont difficiles, s'accompagnent rapidement de fatigue, et le temps de réaction, enregistré au chronomètre de d'Arsonval, met bien en lumière cette lenteur des opérations psychiques, alors même que l'ergographe a montré que la force des mouvements est augmentée (excitation maniaque).

Les maniaques sautent d'une idée à une autre, sans souci des liens qui devraient les unir normalement. L'association ne se fait plus suivant les rapports réels de subordination ou de causalité, mais d'après des analogies de son, des assonnances, des habitudes, en quelque sorte stéréotypées, de langage. Il en résulte que le maniaque et le mélancolique, privés du pouvoir d'associer entre eux des concepts, sont extrêmement dépourvus d'idées lorsque cette inhibition est bien marquée et présentent toujours un appauvrissement intellectuel parfois peu évident, il est vrai, lorsque ces troubles sont très atténués.

L'intervention de l'automatisme mental et sa prépondérance donnent lieu, dans ces cas, à des phénomènes qui ont masqué, pour beaucoup d'auteurs, cet affaiblissement psychique chez les maniaques simplement excités. Il se traduit chez eux par la *fuite des idées* et l'*incohérence*, celle-ci plus rare, tandis que cet automatisme, inhibé comme le psychisme inférieur chez le mélancolique, rend très apparente l'*inertie de la pensée.*

Nous retrouverons tout à l'heure ces phénomènes qui donnent aux maniaques et aux mélancoliques des aspects si différents. Ils ne sont que superficiels, et comme nous venons de le dire, chez les uns et les autres, se rencontrent la même difficulté, la même impossibilité parfois, d'associer normalement les idées.

La *mémoire* est généralement intacte dans la manie et la mélancolie. Lorsqu'on peut parvenir à fixer l'attention des malades, on se rend compte que leurs souvenirs persistent à peu près dans leur intégrité.

---

[1] KRÆPELIN. Leçons cliniques. Trad. Devaux. Vigot, Paris, 1907, p. 82.

L'accès passé, on n'observe pas d'amnésie ni pour les phases de la vie antérieures à la maladie, ni pour celles de l'accès lui-même. Cependant, lorsque l'excitation a été très violente ou la stupeur très profonde les malades peuvent avoir oublié tout ou partie des événements qui se sont écoulés pendant ces paroxymes.

Les *troubles du jugement* sont, on le conçoit, très fréquents, grâce à la faiblesse de l'attention, à l'insuffisance des perceptions et à la perturbation de l'association des idées.

Nous avons parlé des illusions par lesquelles ils se traduisent. Nous parlerons plus bas des hallucinations et des délires qui les mettent encore mieux en évidence.

Troubles de l'affectivité. — Les sentiments affectifs sont de deux ordres : les uns, instinctifs et inférieurs, se rappportent, en dernière analyse, à la conservation de l'espèce : ils peuvent être intacts ou même exaltés dans la manie et la mélancolie ; les autres sont le fruit d'une culture élevée, d'une éducation raffinée et appartiennent au domaine des facultés supérieures. Altruistes ou égoïstes, ils sont, particulièrement les premiers, toujours plus ou moins affaiblis dans la folie maniaque-dépressive.

De l'indifférence émotionnelle complète, de l'impassibilité aux sollicitations extérieures, au détachement peu marqué des excités maniaques ils peuvent se montrer avec tous les degrés et sous toutes formes.

Sur cette paralysie de l'affectivité, la prépondérance de l'automatisme psychique brode encore ici une foule de phénomènes, depuis la colère, la malveillance et le besoin de nuire jusqu'à ces crises d'érotisme ou d'altruisme tapageur si fréquentes chez les femmes maniaques.

L'affaiblissement des sentiments affectifs est, dans la majorité des cas, inconscient chez les maniaques dépressifs. Ce n'est que dans quelques rares cas de mélancolie qu'on observe le phénomène connu sous le nom d' « anesthésie psychique douloureuse » dans lequel, si l'on peut dire, le malade souffre de ne pouvoir souffrir.

Troubles de l'activité. — L'activité psychique supérieure est toujours entravée chez les maniaques-dépressifs. Les mélancoliques sont plus ou moins inertes ; les maniaques s'agitent sans but et sans ordre. Les uns et les autres ne peuvent point canaliser dans une voie définie, et tracée à l'avance, des désirs et des tendances sans cohésion et sans force.

Troubles de la cœnesthésie et de la personnalité. — Autant qu'on puisse pénétrer dans l'intimité du phénomène, les troubles de la cœnesthésie sont fonction de la conscience plus ou moins nette que le malade possède de son inhibition psychique.

Très en relief chez le mélancolique, cette conscience entraîne l'humeur triste, sombre et pénible; elle est voilée chez le maniaque par l'exubérance de l'automatisme qui apparaît au malade comme un accroissement de force et d'intelligence; aussi est-il gai, jovial et dans un état cœnesthésique agréable.

Les causes intimes de ces variations du ton de l'humeur sont d'ailleurs peut-être tout autres.

Quoi qu'il en soit, l'étude de l'état cénœsthésique des maniaques-dépressifs trouvera mieux sa place parmi les troubles de l'automatisme.

Les perturbations de la personnalité dérivent en majeure partie des variations de l'état cœnesthésique et du reflet dans la conscience du malade des tranformations en sens divers de ses fonctions psychiques inférieures.

Ainsi qu'on le voit par ce rapide résumé des troubles psychologiques des malades atteints de folie maniaque-dépressive, il n'y a pas de différences à ce point de vue entre les maniaques et les mélancoliques. Tout est question de degré, nous l'avons déjà dit, non de nature.

Les troubles de la perception, de la conscience, de l'idéation de l'affectivité et de l'activité se retrouvent chez les uns et les autres. Ils traduisent une atteinte générale des fonctions psychiques supérieures, et un affaiblissement, une paralysie plus ou moins marquée de toutes ces fonctions.

Il semble donc impossible, si l'on s'en réfère aux renseignements de la psychologie, telle que l'ont élaborée Kræpelin et ses élèves, de distinguer les maniaques des mélancoliques.

Cependant, si l'on fait appel aux donnés fournies par l'étude de l'automatisme mental, il est facile de déceler, entre ces deux groupes de malades, des différences qui, pour être superficielles, n'en sont pas moins si troublées dans leurs apparences, qu'elles ont permis d'opposer de tout temps les mélancoliques aux maniaques.

Ces différences, on peut les exprimer en quelques mots : elles tiennent tout entières à ce que chez certains de ces malades, appelés maniaques, l'automatisme est exalté, tandis qu'il est inhibé, comme le psychisme supérieur, chez certains autres, appelés mélancoliques.

On peut comparer ce qui se passe ici à ce qui a lieu dans l'ivresse, où tout d'abord l'excitation automatique voile la paralysie psychique, constante cependant, ainsi que depuis longtemps tous les auteurs l'ont reconnu. A un degré un peu plus profond de l'ivresse tous les processus supérieurs et automatiques sont paralysés, le malade est inerte. Cette comparaison permet de supposer que la mélancolie est une atteinte, sinon plus grave, du moins plus profonde du mal. Cliniquement, du

moins, elle se traduit par une paralysie en quelque sorte double, tandis que la manie est une paralysie simple, des seules facultés mentales [1].

Ainsi, dans le domaine intellectuel, les maniaques cachent à l'observateur superficiel, leur faiblesse de pensée sous *la fuite de leurs idées*, tandis que chez les mélancoliques *l'arrêt des représentations* apparaît dans toute sa nudité ; dans le domaine psycho-moteur, le déchaînement de l'automatisme entraîne pour les maniaques l'*agitation*, les *impulsions* et les *violences*, en un mot l'exagération des mouvements volontaires (ce qualificatif étant pris au sens banal du mot) alors que chez les mélancoliques l'*inertie motrice* est seule en scène ; dans le domaine de la cœnesthésie la conscience qu'a le malade du développement apparent ou au contraire de l'arrêt de ses facultés et de sa force, entraine l'*humeur gaie* pour les maniaques, l'*humeur triste* pour les mélancoliques.

C'est sur ces trois ordres de phénomènes qu'on peut bâtir les types cliniques de la mélancolie et de la manie : le *délire*, les *hallucinations*, les *idées fixes* ou les *idées obsédantes*, encore fonctions de l'automatisme, n'ont qu'un intérêt plus restreint, et sont d'ailleurs plus rares.

Avant d'entrer dans les quelques détails que sollicite l'état de l'automatisme dans la folie maniaque-dépressive, nous devons faire remarquer ici que, présentée comme nous venons de le faire, la distinction entre la manie et la mélancolie est encore trop absolue. Il y a des malades déprimés par ailleurs qui présentent de la fuite des idées ; il y a des malades excités et gais qui n'en présentent point. Nous reviendrons sur ces cas lorsque nous parlerons des « états mixtes » où s'associent précisément, comme pour en montrer l'étroite parenté, des élément empruntés aux états de dépression et d'excitation.

B. *Troubles de l'automatisme mental dans la folie maniaque-dépressive.*

La *fuite des idées* est, chez le maniaque, extrêmement frappante. Ces malades ont un besoin incessant de bavarder grâce auquel ils extériorisent avec la plus grande évidence, ce pêle-mêle de représentations qui se succèdent en eux, au gré des circonstances extérieures. Les concepts ne se rattachent plus les uns aux autres par les liens souples et

---

[1] Si nous voulions, en effet employer les termes par lesquels le Professeur Grasset défend avec une autorité incontestable et une science consommée ses ingénieuses idées psychologiques, nous dirions que dans la manie, comme dans la mélancolie, « le centre O » est plus ou moins paralysé tandis que « le polygone » a dans la manie une activité très grande qui manque à des degrés divers dans la mélancolie. (V. Grasset. Leçons de clinique médicale 4 vol. Paris Masson, éd., 1891-1903; — Les limites de la Biologie. Paris, Alcan 1902; — Le spiritisme devant la science. Paris, Masson, 1903 ; — L'hypnotisme et la suggestion. Paris, Doin, 1903 ; — Les centres nerveux, Paris, Baillière 1905 ; — Le psychisme inférieur ; Paris, Chevalier et Rivière, édit., 1906).

solides de la logique mentale ; ils défilent en désordre, appelés par de simples ressemblances dans le son des mots, par leur rapprochement dans le temps et dans l'espace. Ils sont contigus et juxtaposés, non liés ensemble.

Le verbiage de ces malades a fait longtemps penser que, chez eux, l'intelligence était supérieure à la normale, qu'ils avaient trop d'idées à exprimer en un temps restreint, qu'ils devraient dès lors laisser de côté les transitions par lesquelles nous les unissons ordinairement et que c'était l'usage de ces ellipses qui donnait à leurs discours ce décousu où l'on ne voyait ainsi que les dehors de l'incohérence.

En réalité, les maniaques sont plus riches de mots que d'idées. Ils ont de l'esprit parfois, mais par hasard, et du médiocre, fait de calembours, de « coq-à-l'âne ». C'est à leurs discours qu'on pourrait appliquer le vers célèbre de Voltaire :

Un déluge de mots sur un désert d'idées.

Leur conversation est déroutante ; elle parait parfois pleine de choses, mais en y regardant de près on n'y trouve que des banalités.

Pour emprunter à un philosophe une expression heureuse : « C'est la paille des mots, non le grain des choses. »

Parfois la fuite des idées est poussée si loin, qu'elle simule la véritable incohérence. On ne voit plus les repères mobiles auxquels s'attachaient tout d'abord les bavardages de ces malades. Ils déversent un torrent de phrases elliptiques comme tirées au hasard d'un sac où l'on aurait mêlé des mots quelconques. Il est impossible alors d'arracher les malades à cet état de désorientation. Généralement des admonestations énergiques, des questions répétées avec force, peuvent enrayer la fuite des idées et laisser se faire jour une réponse à peu près adéquate, mais à ces degrés élevés, où l'incohérence est manifeste, le malade s'isole de toutes les incitations extérieures et devient tout-à-fait inaccessible.

L'agitation psycho-motrice des maniaques est bien connue : elle se manifeste, selon le degré, par une simple instabilité, avec chants, danses, grimaces, pitreries de toutes sortes, jusqu'à l'agitation effrénée dans laquelle le malade brise, déchire, hurle, et donne l'apparence d'une force décuplée. Sauf dans quelques-uns de ces cas de violence excessive, l'agitation maniaque se caractérise par une certaine adaptation à un but. Elle n'est pas aveugle, si elle est parfois brutale.

Ce besoin d'activité et la fuite des idées, sont rendus évidents par les écrits des malades dont la forme et le fond sont caractéristiques. Rogues de Fursac en a donné de nombreux exemples dans un intéressant ouvrage [1].

---

[1] Rogues de Fursac. Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (Essai clinique). Paris, Masson, 1905.

Les traits des lettres deviennent plus épais, plus nets, plus décidés et rapides. Beucoup de mots sont écrits en italiques ou soulignés, sans que leur importance l'exige. Les lignes chevauchent les unes sur les autres, se croisent, s'emmêlent. Un flot de pensées sans signification et sans liaisons roule au milieu de mots recherchés, prétentieux, de citations en toutes les langues, de points d'exclamation, de signes algébriques.

Ces écrits des maniaques sont particulièrement curieux en certains états mixtes que nous décrirons plus loin et où la fuite des pensées que l'inhibition de la parole ne peut déceler est mise en évidence par les longues confessions que les malades écrivent, parfois sans discontinuer.

Les *impulsions* sont fréquentes au cours de la manie et peut-être plus encore de la mélancolie. Elles y sont, tout au moins, plus frappantes. Brusquement un stuporeux s'élance devant lui, frappe un infirmier, brise des carreaux, etc. ; un mélancolique anxieux et gémissant, se redresse tout-à-coup, assomme un voisin à coups de poing et retombe à sa tristesse et à ses lamentations.

Ces impulsions n'avaient pas échappé aux observateurs anciens. On retrouve dans leurs ouvrages, des exemples nombreux sur lesquels ils insistent au point de vue du danger que peuvent faire courir les mélancoliques à des médecins trop confiants.

L'impulsion au suicide est rare dans la manie, fréquente au contraire dans la mélancolie.

On peut rencontrer au surplus, chez ces malades, toutes les autres espèces d'impulsions : nous avons déjà signalé celles qui peuvent se montrer dans la sphère sexuelle : les maniaques commettent volontiers des viols, des actes de pédérastie ; les jeunes malades se masturbent souvent dans les asiles avec frénésie. Les femmes sautent au cou du médecin, elles se répandent en propos érotiques. On a vu souvent en dehors des asiles des jeunes filles très réservées à l'ordinaire, se laisser aller, au cours d'accès maniaques, aux plus fâcheux écarts de conduite.

L'état cœnesthésique est agréable, gai, jovial, dans la manie. Une imperturbable sérénité se joue sur le visage des malades. Ils plaisantent sans cesse, rient aux éclats, sont des bout-en-train infatigables. Il est vrai qu'ils s'amusent généralement aux dépens d'autrui ; nous avons assez insisté sur leur malfaisance, pour n'y pas revenir ici.

Dans la mélancolie, au contraire, ils sont tristes, sombres, désespérés.

Entre temps, l'humeur change chez les uns et chez les autres : les maniaques se montrent hautains, arrogants, colères et grossiers ; par instant ils apparaissent, les yeux remplis de larmes, en proie à la tristesse la plus vive. Par contre les mélancoliques peuvent avoir des moments de gaité, se plaire, à certaines heures, aux plaisanteries et aux

remarques piquantes, sourire silencieusement à quelque pensée comique qui leur passe par l'esprit.

Nous n'insisterons pas sur *les délires* et *les hallucinations*. Ils sont relativement rares, bien qu'on décrive *une manie* et *une mélancolie délirantes* dont ils constituent les éléments les plus caractéristiques.

A la mélancolie appartiennent surtout les idées hypocondriaques d'humilité, de culpabilité, de ruine, de négation ; à la manie les idées de grandeur.

Dans l'une et l'autre on peut trouver des idées de persécution qui s'organiseraient parfois en système dont on aurait noté la persistance après l'extinction des phénomènes maniaques proprement dits.

Quant aux *idées fixes* et aux *idées obsédantes*, elles sont particulièrement le fait de la mélancolie, mais ne nécessitent aucune remarque spéciale.

* * *

Si Kræpelin et ses élèves ont poussé très loin, comme on le voit, l'étude psychologique de leurs malades, s'il ont dégagé sous les apparences superficielles les caractères profonds et essentiels de la folie maniaque-dépressive, il ne semble pas que le Professeur de Munich ait enrichi la symptomatologie des états mélancoliques ou maniaques francs de notions bien nouvelles.

Au demeurant, ces états connus dans leurs manifestations les plus saillantes depuis la plus haute antiquité, étudiés avec soin par l'Ecole française, étaient peu susceptibles de fournir à l'observateur quelque trait inconnu ou encore obscur.

Cependant, en niant qu'ils eussent un seul caractère qui les différenciât de la mélancolie ou de la manie essentielles, en posant en principe qu'il n'y avait point, malgré les apparences, d'état maniaque isolé d'un stade plus ou moins frustre de dépression, ni d'état mélancolique qui ne fut précédé ou suivi d'une phase d'excitation, Kræpelin ajoutait à la symptômatologie de la folie maniaque-dépressive quelques nuances ignorées jusqu'à lui. Sans doute elles n'apportaient « pas de changement à la physionomie clinique de la maladie » comme dit Régis, mais elles permettaient, il faut l'avouer, de s'en faire une conception toute différente.

Nous n'insisterons donc pas sur la description des différents degrés admis par le Professeur de Munich et ses élèves dans les états mélancoliques ou maniaques. Ils ne se différencient — et très peu — que par des dénominations sans importance pratique. Mais il est un point sur lequel il convient de s'arrêter davantage, c'est celui qui concerne les « *états mixtes.* »

Guislain semble avoir eu connaissance de ces états, lorsqu'il parle d' « une fusion complète entre ces deux phénomènes (la manie et la mélancolie) comprenant à la fois la tristesse et la violence ». Bien qu'on rapporte cette indication de Guislain en faisant ressortir l'exacte propriété du terme « fusion » il ne semble cependant pas que cette expression soit juste tout au moins cliniquement. Les éléments mélancoliques et maniaques sont mélangés, mais non fusionnés au point d'être méconnaissables ; les apparences nouvelles ne sont plus celles de ces éléments pris isolément ou associés entre eux pour former les types classiques de la manie et de mélancolie, mais l'analyse psychologique permet de les retrouver et de rapporter à chaque type primordial la part qui lui revient.

Ce qui est essentiel pour bien comprendre la diversité des états mixtes et leur constitution c'est de ne point considérer la manie et la mélancolie comme des états contradictoires. Nous l'avons dit, en exposant l'étude psychologique de ces malades telle que Kræpelin l'a faite, ces deux états sont au fond semblables. Cependant ils ont, par suite de l'exaltation de l'automatisme mental dans les cas de manie et par suite des degrés différents où, dans l'un et l'autre de ces états, peuvent atteindre leurs éléments psychologiques, certaines différences, superficielles, extérieures, très visibles, qui sont précisément celles qui, reconnues de toute antiquité, ont fait distinguer et opposer la manie et la mélancolie.

Ces éléments sont au nombre de trois pour chacun des états maniaque ou mélancolique : si l'on divise, pour la facilité de l'étude, les phénomènes psychologiques en intellectuels, affectifs et psycho-moteurs, on peut dire que dans la manie les phénomènes intellectuels sont caractérisés par la *fuite des idées*, les phénomènes affectifs par l'*humeur gaie*, les phénomènes psycho-moteurs par l'*exagération des mouvements volontaires*, *le besoin de mouvement* ; dans mélancolie ce sont, au contraire, l'*arrêt ou la lenteur des représentations*, *l'humeur triste*, *morose ou coléreuse*, *l'inertie motrice*.

Plaçons, en face l'un de l'autre, dans le tableau ci-dessous, chacun de ces éléments.

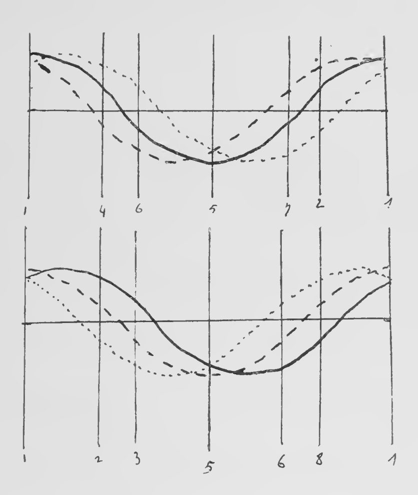
Manie	*Mélancolie*
A. Fuite des idées	A'. Arrêt des représentations
B. Humeur gaie	B'. Humeur triste
C. Exagération des mouvements volontaires	C'. Inertie motrice

Si les trois éléments A B C, ou A' B' B', sont associés chez le même malade, ils nous montreront le syndrôme classique de la manie ou de la mélancolie.

Mais chacun des éléments de la manie peut s'associer à deux des éléments de la mélancolie et vice versa. Il ne peut s'associer à celui qui est contradictoire, ainsi la fuite des idées à l'arrêt des représentations,

mais cette fuite des idées, peut s'allier à l'humeur triste et à l'inertie pour constituer un « état mixte » dont un élément appartient au syndrôme manie et deux éléments au syndrôme mélancolie.

Si nous voulions, par un rapprochement, qu'il ne faut pas prendre d'ailleurs au pied de la lettre, nous servir de la terminologie chimique, nous pourrions dire que chacun des éléments de la manie et de la mélancolie est un noyau divalent, la valence étant ici la capacité d'un élément psychologique à se combiner à un autre élément. Il est dès lors très facile de prévoir les combinaisons cliniques qui peuvent se réaliser : en dehors de la manie et de la mélancolie-types, elles sont au nombre de six que Kræpelin a représentées comme suit :



Schémas de Kræpelin montrant la constitution des états mixtes, et la possibilité de leur transformation les uns dans les autres.

.... Troubles de l'humeur (ton affectif).
— — — — — Troubles de la pensée (intelligence).
———————— Troubles de la motilité (volonté).

Premier schéma : 1. Manie. 4. Manie improductive. 6. Stupeur maniaque. 5. Mélancolie. 7. Dépression et fuite des idées. 2. Manie coléreuse. 1. Manie.

Second schéma : 1. Manie. 2. Manie coléreuse. 3. Manie dépressive ou dépression maniaque. 5. Mélancolie. 6. Stupeur maniaque. 8. Inhibition maniaque ou manie akinétique. 1. Manie.

Il est à remarquer que dans cette représentation graphique la ligne horizontale représente l'humeur, l'intelligence et la motilité normales. Ce qui est au-dessus appartient à la manie, c'est-à-dire à l'exagération apparente de l'humeur, de l'intelligence et de la motilité, ce qui est au-dessous à leur diminution c'est-à-dire à la mélancolie. Pour les lignes verticales les unes intersectionnent les lignes courbes dans leur point de fusionnement (ligne 1 et 5), elles indiquent alors soit la manie, soit la mélancolie selon que l'intersection unique est située au-dessus ou au-dessous de l'horizontale ; les autres lignes verticales qui superposent trois points d'intersection chacune correspondent aux différents états mixtes.

Les états mixtes se rencontrent surtout lorsque le malade passe de la dépression à l'excitation ou inversement. Il reste alors pendant un temps plus ou moins long dans un état de transition où se dissocient les états primordiaux. Mais ces états mixtes peuvent encore apparaitre pour leur propre compte sans être précédés d'une phase de dépression ou d'excitation typiques.

Après ce premier point, se rapportant au mode de constitution des états mixtes et à leur apparition au cours des accès de la maladie, il convient d'en signaler deux autres.

La quantité de chacun des éléments qui entrent dans la constitution d'un état mixte peut-être variable. Ainsi à une exagération considérable des mouvements volontaires peut s'associer une humeur triste ou gaie d'une intensité à peine supérieure à la normale.

En outre, les rapports quantitatifs sont mobiles, chez le même sujet, souvent dans le cours de la même journée.

De plus, rien n'est moins durable qu'un état mixte considéré en lui-même. Il en est, sans doute, qui se présentent, avec les mêmes allures, pendant des semaines et des mois, mais le plus souvent ils se transforment, avec la plus grande facilité les uns en les autres et montrent à l'observateur, non seulement dans les proportions respectives de leurs éléments, mais encore dans ces éléments eux-mêmes, de brusques changements qui en modifient sans cesse les aspects.

Aussi l'étude de ces états est-elle très délicate, et ne faut-il pas s'étonner qu'ils aient, malgré leur fréquence, pu passer si longtemps inaperçus.

Il résulte d'ailleurs, des considérations ci-dessus que les types qu'on en décrit actuellement sont au fond des formes schématisées, et qu'à bien regarder les faits, le nombre de ces états mixtes est beaucoup plus grand qu'on ne serait tenté de le croire, si l'on s'en rapportait aux seules description des auteurs.

En effet, on peut concevoir une foule de formes transitoires entre les types mélancolie et manie et les divers états qui leur sont intermédiaires ; d'autre part on comprend à quelles combinaisons on pourrait

théoriquement arriver si l'on ajoutait aux trois éléments que nous avons considérés, d'autres facteurs observés dans les états maniaques ou mélancoliques, tels que les troubles sensoriels, les délires, etc.

Ces réserves faites, et elles permettent de saisir tout ce qui manque encore à la connaissance complète des « états mixtes », nous passerons en revue les six types décrits par Kræpelin, types qui établissent la transition ainsi que le montre le tableau que nous avons reproduit d'après son traité avec les deux types extérieurs de la manie et de la mélancolie, aux dépens desquels ils se constituent en leur empruntant un ou deux de leurs éléments essentiels.

La « *manie coléreuse* » peut se représenter ainsi, E. N. étant l'état normal [1].



C'est, on le voit, un état maniaque où le ton affectif, au lieu d'être gai, est au-dessous de la normale, se rapprochant de celui des états de dépression.

Les malades sont comme les maniaques typiques, agités, remuants, bruyants, loquaces, mais très irritables, soit pendant quelque temps, soit continuellement. Ils sont emportés, violents sans motifs, irascibles et, à la moindre occasion, agonisent d'injures leur entourage, infirmiers ou médecins.

En somme, comme dit Kræpelin, le sentiment de sérénité inébranlable de ces malades est remplacé chez les maniaques-colères par un vit sentiment de déplaisir.

Lorsque s'adoucit ce ton de l'humeur, on a sans doute ces formes « taquines » de la manie sur lesquelles Hecker a particulièrement insisté et dont il a décrit les degrés les plus légers.

Les éléments de l'état maniaque sont reconnaissables à la fuite des idées, à l'instabilité de ces malades, à leur absence de la sensation de fatigue, qui les fait s'agiter sans cesse en des courses ou des actes sans but bien arrêté, et les poussse ainsi à boire et fumer sans modération.

[1] Cette figuration semble devoir encourir les critiques de Bresler que nous avons rapportées plus haut. Pour les annuler et donner à ces schémas toute leur valeur explicative, on voudra bien considérer la ligne EN comme indiquant *l'état normal de l'automatisme*. Ajoutons pour éviter toute ambiguité, qu'ici comme dans le schéma-type de Kræpelin la ligne pleine continue correspond à la motilité, la ligne pleine interrompue à l'intelligence et la ligne pointillée à l'humeur.

Ils conservent encore un certain sentiment d'estime pour eux-mêmes, et parfois ils le poussent très loin.

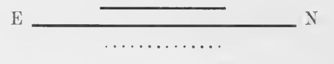
Mais ils sont mécontents de tout, et dans les asiles, insupportables : leur nourriture est médiocre, leurs lits misérables, leur entourage si grossier qu'ils ne peuvent nouer aucune relation avec lui, etc.

Ils ont une propension marquée à blesser, à mortifier ceux avec qui ils vivent, ils « se montent la tête » les uns les autres, méditent des révoltes, ne voient en toutes choses que le côté désagréable pour autrui et se plaisent à le mettre, avec une obstination hargneuse, en pleine évidence.

Deny et Camus ont reproduit la photographie d'une malade de la Salpêtrière qui illustre nettement l'attitude arrogante et blessante de ces maniaques lorsqu'ils sont dans leur période d'irascibilité.

Une seconde espèce d'état mixte est représentée par l'association de l'excitation motrice à l'inhibition de la pensée et au ton affectif plus ou moins voisin de la tristesse. C'est la *manie dépressive* où l'élément maniaque n'apporte plus au tableau clinique que les troubles habituels du domaine psycho-moteur état qu'on pourrait encore dénommer dépression maniaque ou excitation motrice avec dépression idéo-affective.

On peut représenter cet état mixte par le schéma ci-dessous :



Les malades atteints de *manie dépressive* sont encore remuants, dans une agitation incessante, mais ils sont tristes et très pauvres en pensée.

Leur bavardage est incessant, mais leurs plaintes, leurs idées, généralement hypocondriaques, roulent toujours sur le même sujet et sont exprimées avec les éléments d'un vocabulaire extrêmement restreint.

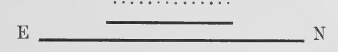
Les idées d'empoisonnement, de ruine, de maladie sont la règle. La plupart de ces malades montrent d'ailleurs de l'inquiétude plutôt que de la tristesse. Ils ne paraissent pas angoissés. Il est assez facile, par des interrogations répétées, de les faire sortir du cercle de leurs représentations à teinte dépressive et d'obtenir d'eux quelques réponses qui, si elles ne dénotent pas une intelligence en possession de tous ses moyens, n'en laissent pas moins voir qu'ils sont généralement bien orientés.

Par moments, ainsi que le dit Kræpelin, ils peuvent spontanément arrêter le cours de leurs plaintes, faire taire leurs préoccupations hypo-

condriaques et décocher quelque remarque mordante, lancer un trait d'esprit, se montrer prétentieux ou même irascibles et violents.

Observation qui met bien en évidence le peu de stabilité des états mixtes et leur fréquente association avec des éléments empruntés à des états de même nature mais de couleurs différentes.

Que l'humeur inquiète et triste de ces maniaques fasse place à une humeur gaie, à un ton affectif léger et agréable, et l'on a affaire à la *manie improductive* qui peut ainsi être figurée :



Cette variété est très fréquente et ces malades ont dû être pris bien des fois pour des déments, des affaiblis, auxquels ils ressemblent.

Ce qui frappe le plus chez eux, c'est la lenteur des perceptions, leur inexactitude, la difficulté qu'ils montrent à répondre d'une façon adéquate aux plus simples questions que, généralement, ils comprennent mal. Ils ne peuvent trouver les mots, ne s'en émeuvent point, restent volontiers indifférents à toutes choses, ont une mémoire très paresseuse.

Avec cela, ils sont gais, taquins, rient aux éclats à propos de tout, font des niches, sont toujours disposés à prendre les choses par leur côté comique, ne peuvent dire une phrase banale et vide sans montrer, par leur attitude, qu'ils la jugent extrêmement piquante.

L'agitation psycho-motrice se traduit par des danses, des cabrioles, des grimaces ; certains de ces malades jonglent avec tous les objets qui leur tombent sous la main ; d'autres, ne pouvant mieux satisfaire leur besoin de mouvement, changent sans cesse de vêtements, se déshabillent et se rhabillent, se coiffent vingt fois le jour de manière différente.

Ils ont parfois un très vif désir de parler, mais ils ne peuvent trouver les mots et sont réduits à prononcer des phrases toutes faites, des proverbes que leur sert leur mémoire appauvrie.

L'agitation motrice est généralement assez atténuée, et quelquefois même si peu marquée que ces malades ne paraissent pas être des maniaques.

Leur malfaisance est notoire : ils font une infinité de tours désagréables à leurs voisins ; ils volent, cachent les objets qu'ils ne peuvent distraire, déchirent les papiers, salissent les murs, dévissent les portes, obstruent avec de la terre ou des chiffons les trous des serrures.

Incidemment, ils deviennent grossiers, arrogants, hautains comme dans la manie coléreuse.

Parfois même, ils sont emportés par des mouvements d'une grande

violence : Kræpelin rapporte l'histoire d'un malade qui bondit tout à coup de son bain, sans que rien l'eût fait prévoir, saisit une chaise avec laquelle il assomme un gardien, brise des carreaux, s'échappe dans un jardin rempli de neige et, quelques instants après, se laisse reprendre tranquillement, comme si rien n'était arrivé et sans pouvoir donner de cette série de violences une explication quelconque.

Le tableau de la *manie improductive* est donc assez sujet à incidents dramatiques. Ils sont d'autant plus saisissants que l'air souriant des malades et leur habituelle gaieté, associés à la niaiserie enfantine de leurs propos, les fait considérer comme tout à fait inoffensifs.

Deny et Camus ont donné d'une malade atteinte de *manie improductive* l'observation suivante :

« Une malade qui est depuis plusieurs années dans le service, qui est tantôt excitée, tantôt déprimée ou stuporeuse, qui est parfaitement orientée, dont la mémoire est très fidèle, qui connaît par leur nom toutes les malades de la salle où elle se trouve, éprouve le besoin de nous dire tous les matins, sur le même ton souriant et indifférent : « Vous êtes bien M. D...? M. D... médecin et directeur de la Salpêtrière? Vous n'êtes pas M. D...? Si... vous êtes bien M. D... je le savais bien ; alors vous voudrez bien me donner un petit congé de huit jours, de quinze jours, de trois semaines ou d'un mois, comme vous voudrez... » Entre temps, elle perçoit tout ce qui se dit autour d'elle, et le mot « guerre » ayant un jour frappé son oreille, elle nous dit du même ton toujours souriant et sans faire un mouvement, sans qu'un muscle de son visage tressaille : « C'est l'Allemagne qui a vaincu la France ?... Ce n'est pas l'Allemagne qui a vaincu la France?... Si, c'est l'Allemagne qui a vaincu la France, je le sais bien, j'avais quinze ans au moment de la guerre. Nous avons donné cinq milliards aux Prussiens ; sans doute qu'ils avaient besoin d'argent...[1] »

La manie coléreuse et la manie improductive, sont des états mixtes où l'élément maniaque prédomine. Les termes qui les désignent sont bien choisis ; le mot manie y précède le qualificatif indiquant l'intervention d'un élément dépressif qui, tout en laissant à l'excitation la première place, y introduit des caractères nouveaux et bien marqués.

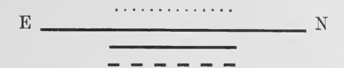
Les deux états mixtes dont nous allons parler, montrent au contraire une prédominance de l'élément mélancolique. Aussi convient-il d'adopter pour leur terminologie les règles précédentes, c'est-à-dire de faire précéder le qualificatif d'ordre maniaque d'un substantif relevant de l'état mélancolique.

---

[1] Deny et Camus font remarquer, en note (p. 50), qu'« il y a là un exemple intéressant de *stéréotypie verbale* non démentielle, phénomène sur lequel Pfersdorff a récemment appelé l'attention. (Stéréotypies in Manish-dépressive Irresein. *Centrabl. für Nervenh. und Psych.*, 1903, XIX, Jahrg.).

La « *stupeur maniaque* » est le premier état mixte découvert par Kræpelin. C'est l'observation des stuporeux maniaques qui l'incita à rechercher les autres états mixtes.

Ici, les malades n'ont des maniaques-types que l'état plutôt enjoué de l'humeur ; l'inhibition de la pensée, l'inertie motrice sont très visibles et parfois poussées à l'extrême.



Immobiles, couchés sur leur lit, ou accroupis à la même place, muets, ne répondant pas aux questions qu'on leur pose, on ne peut communiquer avec les stuporeux qui paraissent absolument isolés du monde extérieur.

Le ton réel de l'humeur se manifeste par des sourires ironiques ou malins qu'on saisit parfois sur le visage de ces malades, par des niches qu'ils jouent à leur entourage avec les dehors le plus souvent d'une impassibilité complète. Kræpelin cite le cas d'une malade qui, ayant dérobé une clef à la veilleuse, se rendit dans l'appartement du médecin et paraissait toute joyeuse de cette escapade, bien qu'elle ne répondit pas un seul mot aux questions qui lui furent posées à ce propos.

Entre temps, ces stuporeux-maniaques deviennent brusquement violents, frappent d'autres malades, courent à travers les salles, déchirent ou brisent ce qu'ils peuvent saisir.

Certains, sortant de leur mutisme, jettent quelque mot piquant, font une plaisanterie aiguisée, tutoient le médecin, exposent des idées érotiques ; ils s'ornent souvent de feuilles arrachées aux arbres et de bonnets d'étoffes multicolores.

« Les malades atteints de stupeur maniaque, dit Kræpelin [1], sont lourds, incapables de réflexions et d'idées ; ils parlent peu et sont même quelquefois absolument muets. Leur caractère insolent ne s'en manifeste pas moins par toutes les facéties, par un besoin de se parer, peut-être aussi par des querelles, des observations taquines et des jeux de mots. »

Ils sont généralement bien orientés, leur mémoire est bonne et ils se souviennent bien, après guérison, de leur état morbide. « Je voulais n'avoir aucune volonté », disait un malade de Kræpelin.

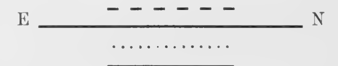
Quelquefois cependant apparaissent des idées délirantes sans systématisation. La catalepsie peut être rencontrée.

---

[1] Kræpelin. Leçons cliniques (traduct. Devaux), Paris, 1907, p. 92.

La stupeur maniaque peut se montrer au cours d'un accès de manie franche. Plus souvent, elle n'est qu'un état de liaison entre une stupeur classique et une manie. Kræpelin a pu suivre sur des graphiques, tenus au jour le jour, les modifications qui traduisent ce passage d'un état à l'autre. On voit la tristesse s'atténuer, naître les premiers rires, tandis que le mutisme et l'inertie persistent, puis quelques revirements s'ébauchent, le malade chuchotte quelques mots et enfin apparaissent l'agitation, la fuite des idées et la gaieté.

Un autre état mixte est caractérisé par la tristesse et l'inertie motrice ou tout au moins l'abattement et emprunte à la manie sa fuite des idées. Il se schématise de la façon suivante :



C'est la « *dépression avec fuite des idées* », qui montre le tableau curieux des malades muets, inhibés dans leurs paroles et dans leurs actes et cependant pleins de pensées, lisant beaucoup, s'intéressant à leur entourage et manifestant même une certaine curiosité intellectuelle.

Lorsqu'ils sont mieux, qu'ils commencent à pouvoir expliquer leur état, ils affirment, dit Kræpelin, qu'ils ne peuvent réfréner leurs idées, qu'il leur passe continuellement par la tête une foule de choses auxquelles ils n'avaient jamais pensé. C'est bien là, le phénomène de la fuite des idées qui ne s'extériorise pas, par suite de l'incapacité de ces malades à se servir du langage.

Parfois ils écrivent, et beaucoup, dévoilent alors, dans la confusion des idées jetées pêle-mèle sans liaison aucune, le fond même de leur état mental. Les idées hypocondriaques sont fréquentes, Deny et Camus citent d'une malade, atteinte de cette variété d'état mixte, et qui reste muette ou ne répond que par un éclat de rire aux questions qu'on lui pose, la caractéristique lettre suivante :

« Ma chère maman, je vais de plus en plus mal ; si tu ne me sors pas d'ici, je serai complètement idiote quand je sortirai. Je perds tous mes cheveux, je suis dans la saleté toute la journée, je maigris, je meurs de faim. Quand je pourrai me soigner en travaillant, je guérirai mon esprit, je ne demande qu'une chose pour être heureuse, me gaver toute la journée et retrouver ma santé de vingt ans. J'ai toutes les maladies de la poitrine, de l'estomac, une métrite, des maladies de peau et du cuir chevelu, l'anémie au dernier degré et toutes les maladies du cerveau. »

Enfin Kræpelin « croit avoir observé à plusieurs reprises » des états où la fuite d'idées et l'humeur enjouée s'associent à l'inertie motrice. C'est « *l'inhibition maniaque* » qui se représenterait graphiquement ainsi :



On le voit, ces états sont constitués par deux éléments empruntés à la manie et un seul à la mélancolie. Si l'on se réfère à la règle de terminologie que nous indiquions plus haut et à laquelle nous désirerions qu'on se soumit, car elle est logique et utile, le terme de *manie akinétique* proposée par Deny et Camus paraîtra préférable.

Voici la description que donne Kræpelin de ces états qui seraient rares et faciles à confondre avec la stupeur maniaque dont la fuite des idées cependant les distingue nettement.

« Ces malades sont hautains, parfois un peu irritables, mais faciles à distraire, et portés aux plaisanteries et aux jeux de mots. Leurs discours sont babillages sans liaisons, riches en associations par assonnances. Ils sont tranquilles, restent volontiers au lit, très calmes ; de temps en temps seulement ils font, en riant, quelque remarque piquante. Lorsque survient une forte tension intérieure, ils peuvent brusquement devenir très violents. »

Tels sont les états mixtes dont Kræpelin donne la description que nous lui avons en majeure partie empruntée.

Weygandt [1], d'autre part, a étudié longuement les « formes mixtes » de la folie maniaque-dépressive.

Il admet qu'elles se constituent de trois manières différentes :

1° Par transformation, en sens contraire, au cours d'un accès de manie ou de mélancolie d'un des plus importants symptômes de cet accès ;

2° Par apparition anticipée d'un symptôme de l'état maniaque ou mélancolique, au cours d'une transformation d'un de ces états en l'autre ;

3° Enfin, la forme mixte peut donner l'accès en totalité ou en partie.

---

[1] Weygandt. In loc. citato : Sur la folie maniaque dépressive. *Berliner klinische Wochenschr.*, 1901. Tout spécialement in : Des états mixtes de la folie maniaque-dépressive. Munich, 1899, n°s 3, 4.

Weygandt décrit ensuite trois types de formes mixtes : la *stupeur maniaque;* la *dépression agitée,* qui est la manie coléreuse de Kræpelin ; et la *manie improductive.*

A côté de ces trois formes il parle de « formes atypiques » parmi lesquelles on retrouve les formes décrites par Kræpelin. Il semble que pour Weygandt, les autres formes atypiques se caractérisent surtout par leur instabilité, les malades présentant, à des moments très rapprochés, des syndrômes très différents constitués par l'association d'éléments divers empruntés à la manie et à la mélancolie. « C'est surtout, dit l'auteur, la transformation rapide dans le domaine affectif, changement déjà très marqué dans la manie classique qui, par les continuelles oscillations entre l'humeur gaie et l'humeur triste, caractérise toute une série de cas. »

Pilcz[1] n'a pas admis la conception de Kræpelin et de Weygandt en ce qui concerne les états mixtes. Il affirme n'avoir jamais vu de ces états isolés et constituant tout l'accès. Pour lui, on ne verrait de formes mixtes que transitoirement au moment du passage d'une forme mélancolique à la forme maniaque ou vice versa.

La représentation graphique des états mixtes, telle que nous l'avons reproduite, d'après Kræpelin est satisfaisante, à condition, ainsi que nous en avons fait la remarque, de considérer la ligne horizontale comme indiquant l'état normal de l'automatisme.

Les schémas, dont nous avons accompagné la description de chacun des accès mixtes, dérivent directement du tableau de Kræpelin : ils nous ont paru clairs et simples.

Weygandt a proposé un autre mode de figuration qui n'a point les mêmes avantages.

Pour cet auteur, une ligne droite, noire, pleine (————) indique l'arrêt des fonctions psychomotrices ; une ligne blanche (═════) l'excitation. La courbe au-dessus de la ligne horizontale indique l'état cœnesthésique expansif ; la courbe au-dessous l'état cœnesthésique déprimé.

Weygandt ne figure donc que deux des éléments de l'état mixte et non trois; ses schémas sont donc incomplets. Ils ne se lisent pas facilement.

On trouvera à la p. 342 et 343 de l'édition française de son Atlas-Manuel divers exemples d'états maniaques, mélancoliques ou mixtes représentés graphiquement d'après la méthode de Weygandt.

Deny et Camus, adoptant les idées de Bresler, ont donné des états mixtes des figurations graphiques qu'on trouvera à la page 62 de leu ouvrage.

---

[1] Pilcz, loc. cit., p. 55.

Les accès mixtes peuvent encore se représenter, on le conçoit facilement, non plus par des lignes droites mais par des segments de circonférence suivant le mode de représentation que nous avons proposé au sujet de la folie périodique.

Ainsi s'obtient, par exemple, le schéma suivant (*fig. A*) où l'on voit figurées, pendant les six premiers mois de l'année, une manie improductive, et pendant les six autres une stupeur maniaque.

A droite (*fig. B*), nous avons inscrit un cas qui débute au mois de février par un accès de manie, se transforme le 15 mars en manie improductive qui persiste jusqu'à la fin d'août pour faire place à un accès de mélancolie, d'une durée d'un mois, suivi d'un état de stupeur maniaque qui se termine par la guérison au bout de deux mois.

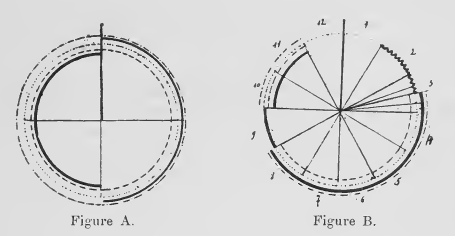


Figure A. Figure B.

Point à noter pour la compréhension de ces schémas, le langage graphique qui les concerne, diffère en partie de celui usité dans les pages précédentes au sujet des divers types d'accès mixtes. Dans les figures A et B, l'état normal est représenté par une série de points .... ; l'humeur est figurée par une succession de points et de traits – . – . – . ; l'intelligence par une série de traits – – – – ; la motilité par un trait plein ———— ; d'autre part pour les accès francs de manie et de mélancolie, l'accès d'excitation pris globalement est figuré (comme pour la folie périodique) par une ligne ondulée et l'accès dépressif par une ligne pleine.

* * *

Dans quelles conditions apparaît, se développe et évolue la psychose maniaque-dépressive ?

Au point de vue étiologique on retrouve les mêmes observations ici que pour la folie périodique en ce qui concerne la prépondérance du sexe féminin, le rôle peu marqué des causes déterminantes, etc.[1].

Sur trois points, on note quelques divergences : ils se rapportent à la fréquence de cette psychose, au rôle de l'hérédité et à l'âge auquel apparaît le premier accès.

La *fréquence* de la psychose maniaque-dépressive est, en effet, beaucoup plus grande que celle de la folie périodique. Kræpelin ne la croit pas inférieure à 10 ou 15 % ; Deny et Camus, observant, il est vrai, dans un service de femmes, donnent le chiffre de 17,5 %, A. Peixoto, au Brésil, a trouvé 6,60 %.

La plupart des auteurs acceptent les chiffres de Kræpelin.

L'*hérédité* est à peu près constante. Kræpelin l'admet comme certaine dans 80 % des cas, Weygandt dans 90, et encore fait-il remarquer qu'elle « joue vraisemblablement un plus grand rôle qu'on ne l'admet d'ordinaire». Serge Soukhanoff et Gannouchkine[2] indiquent la proportion de 87 %. D'après une statistique récente, « l'hérédité se trouve dans 90 % des cas et probablement ne manque dans aucun[3] ».

Cette hérédité est généralement similaire, au sens large du mot folie maniaque-dépressive : par exemple, manie chez un ascendant d'un circulaire; mais aussi au sens restreint : « Les sujets d'une même famille, dit Weygandt, sont généralement frappés de la même forme de folie maniaque-dépressive ».

L'hérédité se manifeste souvent par des troubles du caractère ou de l'humeur, visibles dès le plus jeune âge.

L'*âge* auquel apparaît le premier accès de la folie maniaque-dépressive est fixé par les auteurs à une date beaucoup plus rapprochée de la naissance que ne l'admettent les auteurs français pour la folie périodique. Alors que ceux-ci, nous l'avons vu, affirment qu'il est rare de voir cette psychose se développer avant 25 ans, Kræpelin avance qu'elle apparaît avant 25 ans dans les 2/3 des cas chez les malades des deux sexes réunis et dans les 3/4 des cas si l'on ne considère que les femmes.

Le graphique suivant, emprunté à Kræpelin, indique par périodes de cinq années le nombre de cas de folie maniaque-dépressive à leur premier accès.

---

[1] On a peu de renseignements en ce qui touche l'influence des races sur les psychoses périodiques. Drewy croit que la race nègre y est assez réfractaire ; Pilcz estime les israélites particulièrement prédisposés, mais ils le sont à toutes les psychoses. A. Peixoto donne pour le Brésil les chiffres suivants : race blanche, 53 % ; race noire, 10 % ; les métis sont au nombre de 28 %.

[2] Serge Soukhanoff et Gannouchkine. Etude sur la folie circulaire et sur les formes circulaires des psychoses. *Journal de neurologie*, 1903, p. 163 et 172.

[3] Ducosté. De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. *Ann. médico-psycholog.*, 1907, p. 299. (Communic. à la Soc. méd. psych., séance du 28 janvier 1907.)

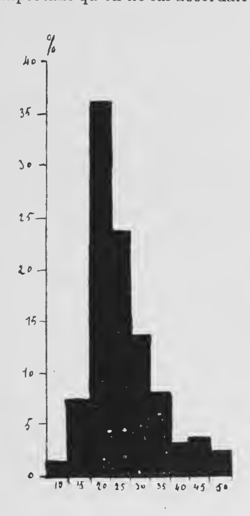
Pilcz et Weygandt notent deux maximums : l'un à la puberté, l'autre aux approches de la vieillesse.

Serge Soukhanoff et Gannouchkine ont fourni les chiffres suivants :

Le premier accès apparaît avant 15 ans dans 15 cas ;
» » » de 16 à 25 » » 50 » ;
» » » de 26 à 35 » » 14 » ;
» » » de 36 à 45 » » 5 » ;

Les âges extrêmes de leurs observations sont 12 et 42 ans[1].

Il y a quelques mois, Ducosté, sous l'inspiration de Sérieux, a fait jouer à l'involution présénile dans la psychose maniaque-dépressive, un rôle beaucoup plus important qu'on ne lui accordait jusque là.



« Les intermittents entrent dans les asiles, dit-il, surtout à la puberté et à l'involution. La courbe de leurs internements présente deux maximums : l'un à la puberté, l'autre au moment de l'involution. D'après les

---

[1] On a noté quelques exemples de psychose maniaque-dépressive chez des enfants (Zeller, Kelp, Friedmann, Zimmer, etc.) Steiner aurait même vu un enfant atteint de folie à double forme.

Inversement, on a publié quelques faits observés chez des vieillards. Mendel, notamment, a vu un accès de manie survenir à 80 ans, et guérir au bout de 6 mois sans récidive pendant 5 ans.

relevés des cas publiés dans les auteurs français et étrangers, si 100 maniaques-dépressifs entrent dans les asiles de 15 à 25 ans, il y en a 56 qui y sont admis de 45 à 55. Sur ces 56 malades, un peu moins de 22 sont internés pour la première fois. Il en est 14 dont cet accès de l'involution est le second accès, le premier s'étant manifesté à la puberté. Il y en a donc 20 qui ont des accès intercalaires à la puberté et à l'involution, et qui en ont d'autres à cette dernière phase[1]. »

Cette statistique ne donne pas le chiffre de maniaques-dépressifs ayant eu des accès exclusivement à des périodes autres que celles de la puberté et de l'involution. Mais si l'on ne considère que les cas apparus pour la première fois à ces deux moments de la vie des malades, elle montre que, dans 82 % environ de ces cas, l'accès se développe à la puberté, et dans près de 18 % à l'involution, proportion considérable et très supérieure à celle qu'admettaient jusque là Kræpelin, Weygandt, etc.

Récemment, G. Dreyfus, ancien assistant à la clinique psychiâtrique d'Heidelberg, revenait sur la question de l'involution dans la folie maniaque-dépressive et soutenait que ce que Kræpelin avait décrit jusqu'alors sous le nom de « mélancolie d'involution » n'était qu'une modalité de la folie maniaque-dépressive développée à l'involution présénile ? Le rôle de l'involution dans cettè psychose prenait donc une importance beaucoup plus grande, et le nombre des accès apparaissant pour la première fois à cette époque, accru de tous les cas que Dreyfus enlevait à la mélancolie de Kræpelin, devenait sensiblement égal à celui qu'avait admis Ducosté.

Le travail de G. Dreyfus, quoique tout récent, est trop important pour que nous n'en résumions pas ici les traits principaux. P. Sérieux nous en a communiqué pour l'*Encéphale* une analyse détaillée à laquelle nous empruntons l'essentiel de notre très rapide exposé[2].

Le mémoire de G. Dreyfus a été présenté au public par Kræpelin lui-même. Avec un désintéressement qu'on ne saurait trop admirer, le professeur de Munich avoue que les conclusions de son élève, qui combattent cependant celles qu'il avait soutenues dans sa sixième édition, et sur la légitimité desquelles il avait des doutes depuis quelques années, lui paraissent devoir être acceptées comme l'expression même de la vérité clinique. Il semble ne devoir pas hésiter longtemps à soustraire du cadre des psychoses la mélancolie d'involution pour la remettre à la psychose maniaque-dépressive. « Il n'y a plus de raisons, dit-il, qui nous

---

[1] Ducosté. Loc. cit., p. 299.

[2] Dreyfus. La mélancolie considérée comme une manifestation de la folie maniaque-dépressive. Préface du Pr. Kræpelin. 1 vol., 329 p. Iéna, Fischer, éd., 1907.

obligent à séparer de la folie maniaque-dépressive la majeure partie des cas que nous avons considérés comme des exemples de mélancolie. » Kræpelin pense que le « tableau clinique de la mélancolie — un des plus anciens de la psychiâtrie — pourrait bien être appelé à disparaître en tant qu'entité clinique, puisqu'il emprunte ses éléments à la folie maniaque-dépressive. »

On voit l'importance de ces vues ; elles aboutissent à la disparition totale de la mélancolie entité qui ne serait plus, comme la manie, qu'une phase de la psychose maniaque-dépressive.

Sans entrer dans le détail de l'argumentation de Dreyfus (nous y reviendrons au surplus dans un instant) disons simplement que cet auteur se base pour combattre la conception de Kræpelin (1899) sur ce qu'il n'y a pas de différences symptomatiques essentielles entre la dépression circulaire et la mélancolie d'involution, et sur cette capitale observation que tous les cas de mélancolie suivis avec attention et longtemps, avaient guéri ou paraissaient évoluer vers la guérison.

Assurément, la démence sénile avec dépression n'a rien de commun avec la folie maniaque-dépressive, mais la mélancolie dite d'involution n'aboutit jamais à la démence que par le fait de complications.

Aussi, G. Dreyfus affirme-t-il que les accès de mélancolie survenant à l'involution n'ont, ni par leurs symptômes, ni par leur début à un âge avancé, ni par leur terminaison, d'ailleurs rare, par l'affaiblissement psychique, le droit d'être érigés en entité, et il conclut : « La mélancolie d'involution est une forme spéciale de folie maniaque-dépressive. »

L'évolution de la folie-maniaque dépressive est assez semblable à celle que les auteurs français ont décrite à la folie périodique. On admet les formes alternes, circulaires, etc., mais on a tendance, par suite de l'introduction dans le cadre de la folie maniaque-dépressive de la manie et de la mélancolie, à considérer les formes atypiques comme très fréquentes. Les partisans de la folie maniaque-dépressive n'accordent d'ailleurs pas un grand intérêt à la description de ces diverses formes.

Ils considèrent cette psychose comme se caractérisant par une succession d'accès mélancoliques, maniaques et mixtes, se mélangeant en proportions diverses. Pour eux, nous l'avons dit, il n'y a pas, à proprement parler, d'accès mélancolique ou maniaque, purs : tout accès est à double forme et tout accès récidive. Cependant, quelques-uns admettent encore qu'on peut voir un accès unique de manie ou de mélancolie, mais ces cas seraient extrêmement rares. Nous avons insisté, en temps voulu, sur tous ces points.

Quel que soit le mode d'enchaînement des accès, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître chez les maniaques-dépressifs un état mental spécial, entre les paroxymes.

A l'inverse des Français qui, depuis Baillarger, ont opposé (opposition particulièrement nette chez Magnan) le cerveau « sain » de l'intermittent, au cerveau « invalide » du dégénéré, et qui ont conçu la folie périodique comme constituée par une succession d'accès séparés par des intervalles « lucides » au sens strict du mot, les psychiâtres d'outre Rhin n'ont point admis que ces périodes intercalaires fussent des intervalles de santé absolument normale. Pour eux, il n'y a point d'état menta parfait à aucun moment de la vie d'un maniaque dépressif. La psychose dont il est atteint n'est qu'une affection à paroxysme.

« L'accès (de psychose périodique), dit Schüle, laisse ordinairement quelques traces, telles que : une méfiance exagérée, la conviction que garde le malade d'avoir supporté un préjudice, une irritabilité et une émotivité anormales. Puis ces traces elles-mêmes disparaissent, et la santé semble parfaite. Mais à un examen attentif, on remarque qu'il existe une certaine torpeur psychique, peu marquée, il est vrai, et qui se manifeste à propos de tout travail intellectuel... »

Kræpelin, de son côté, estime que « pendant les périodes de rémission, on observe certains phénomènes constants. D'une part, une légère dépression de l'énergie psychique, par suite de laquelle le malade devient incapable de fixer son attention d'une façon durable, d'accomplir des travaux intellectuels prolongés et importants et d'enrichir son esprit de nouvelles acquisitions. D'autre part, une résistance moindre dans la sphère des sentiments, qui se traduit par une irritabilité anormale et des accès de colère injustifiés, par la diminution du libre arbitre et l'impossibilité de réprimer des impulsions capricieuses. »

Cependant Weygandt croit que « l'accès guérit au point que le malade de naguère redevient complètement capable de vivre dans son milieu ordinaire et même d'accomplir de grands travaux intellectuels, voire des découvertes ». Et il ajoute qu'« un grand naturaliste allemand avait des accès de folie maniaque-dépressive ». Toutefois Weygandt concède que « dans les accès légers, revenant fréquemment, il reste assez souvent, même pendant l'intervalle sain, une certaine fragilité persistante des fonctions intellectuelles et de la psychomotilité. »

D'autre part, la question de savoir si la folie maniaque-dépressive évolue vers la démence a été résolue négativement aussi bien par ces auteurs que par les Français.

* * *

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de la folie maniaque-dépressive avec les états d'excitation et de dépression des psychopathies organiques (paralysie générale, etc.), des psychoses toxiques et infectieuses (confusion mentale) ou des névroses (neurasthénie,

hystérie, épilepsie). Nous en avons parlé à propos de la folie périodique, de manière à ne point y revenir.

La différenciation vraiment délicate est celle des états de dépression et d'excitation de la démence précoce avec les accès de la psychose maniaque-dépressive.

Avant d'exposer les bases sur lesquelles ce diagnostic peut s'établir nous devons dire quelques mots sur celles qu'ont élevées, pour différencier la mélancolie d'involution de la mélancolie périodique, Kræpelin lui-même pendant longtemps, Sérieux et son élève J. Capgras, et enfin Deny et Camus dans leur récente monographie.

Pour que des cliniciens de cette valeur aient décrit à la mélancolie d'involution des signes spéciaux, il faut certes que ces signes existent, et quand bien même prévaudrait définitivement l'opinion que nous rapportions plus haut sur la non-légitimité en tant qu'entité de cette mélancolie, quand bien même elle ne serait qu'une modalité de la folie maniaque-dépressive, il n'en resterait pas moins que certains signes la distingueraient des autres accès de cette psychose et que l'âge auquel elle se développe lui donnerait quelques caractères sur lesquels il convient d'être fixé. Sans doute, ces caractères ne sont pas absolument tranchés ; sans doute, tous les intermédiaires existent entre la mélancolie d'involution et l'accès mélancolique de la folie maniaque-dépressive ; mais les auteurs que nous citions plus haut sont tombés d'accord que dans la mélancolie d'involution on observait toujours une inhibition moins marquée de la volonté et de l'idéation, et, par contre, une humeur anxieuse beaucoup plus accentuée. Parlant des cas tardifs de folie maniaque-dépressive, Kræpelin en établit le diagnostic différentiel d'avec la mélancolie de la façon suivante : « La marche, remarquablement rapide et favorable de l'accès, et l'apparition de quelques manifestations maniaques isolées... serviront au diagnostic. Les éléments les plus utiles seront fournis par l'état psychomoteur. Tandis que l'allure du mélancolique traduit son humeur anxieuse ou excitable, la période dépressive de la folie circulaire est caractérisée, avant tout, par l'incapacité de prendre une résolution, le ralentissement des actes volontaires. D'autre part, l'humeur excitable que l'on observe parfois dans cette dernière affection s'accompagne, en général, d'un vif besoin d'agir et de parler, tandis que l'excitabilité du mélancolique porte l'empreinte de l'anxiété interne. »

D'autre part, Capgras a insisté sur les signes physiques. « Il existe

---

Nota. — On a décrit, en Italie surtout, une forme de manie dite « manie transitoire » qui a soulevé de nombreuses discussions et que certains ont cru devoir rapporter à la folie intermittente. En réalité, autant qu'on en puisse juger par les observations qu'on en a produites, cette manie transitoire est un équivalent épileptique, ainsi d'ailleurs que l'ont pensé divers auteurs. Elle se caractérise par un accès d'agitation, très court, très violent, amnésique et bien en accord avec ce que nous avons coutume de voir dans l'épilepsie.

dans la mélancolie, dit-il, des signes somatiques aussi importants que les symptômes psychiques : l'hypotension artérielle, l'hypotonie musculaire, les troubles pupillaires sont parmi les plus constants. [1] »

Assurément, avec la nouvelle conception adoptée par Kræpelin, tout cela perd beaucoup de valeur. Le professeur de Munich n'écrivait-il pas récemment qu' « ont échoué toutes les tentatives faites pour différencier le tableau clinique de la mélancolie de celui de la dépression circulaire ? »

Deny et Camus, cependant, exposant les divers points de contact de la mélancolie d'involution et de la folie maniaque-dépressive affirment qu'ils n'y voient pas de raisons suffisantes « pour fondre ces deux affections en une seule et même espèce clinique ».

Quoiqu'il en soit les états d'excitation et de dépression de la *démence précoce* doivent être distingués avec le plus grand soin des états maniaques et mélancoliques de la psychose maniaque-dépressive, dont le pronostic est tout différent et l'évolution très dissemblable.

Quelle que soit la forme considérée de démence précoce, elle présente à l'observateur certains symptômes permanents qui constituent le fond de la maladie, qui la définissent, et se rencontrent à des degrés divers dans tous les cas.

Il convient de comparer ces symptômes essentiels à ceux, plus ou moins semblables, des maniaques-dépressifs avant de chercher à mettre en valeur les différences symptomatiques des accès de dépression et d'excitation qu'on observe chez les uns et chez les autres.

Les symptômes généraux de la démence précoce [2] sont brièvement exposés :

Un affaiblissement intellectuel spécial auquel on peut décrire avec Masselon les caractères suivants : « Indifférence émotionnelle ; diminution progressive de l'activité volontaire et intellectuelle ; incapacité croissante d'effort mental ; disparition progressive des souvenirs complexes avec conservation automatique des souvenirs simples ; imprécision et diminution du nombre des images mentales ; fixation de certaines représentations qui se reproduisent par la suite automatiquement. »

---

[1] Capgras. Loc. cit., p. 92.

[2] Masselon. Psychologie des déments précoces. *These Paris*, 1902. — Id. La démence précoce, 1 vol. Paris, Joanin, 1904. — Consulter également :

Kræpelin (Psychiâtrie).

Sérieux. La nouvelle classification du prof. Kræpelin. *Revue de psychiâtrie*, 1900, n° d'avril, p. 103. — Id. La démence précoce. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, n° du 10 mars. — Id. La démence précoce. *Rev. de psychiâtrie*, 1902, n° de juin.

Deny et Camus. La démence précoce, 1 vol., Paris, J.-B. Baillière, édit., 1903.

La perte des sentiments affectifs qui est très précoce et très marquée, beaucoup plus marquée que celle des facultés de raisonnement et d'association, d'où l'expression de « dissociation affective » que Ziehen a appliquée à l'état mental des déments précoces.

Les troubles du langage dont les principaux sont : la vergibération, la stéréotypie phraséologique, l'intoxication par le mot, ou réaction de persévération de Nesser, la salade de mots de Forel (permanence de la construction grammaticale, richesse en mots insolites, prétentieux ou étrangers, néologismes, manque de sens), tous caractères qui se retrouvent dans les écrits.

Les troubles de la mimique, qui sont généralement beaucoup plus évidents que les troubles intellectuels, constituant une seconde dissociation que Ziehen appelle : « Paramimie hébéphrénique. »

On trouve chez les déments précoces des attitudes et des expressions du visage sans rapport avec leurs sentiments, un maniérisme poussé à l'outrance, des poses théâtrales, des bizarreries de gestes et d'allures.

Chez tous ces malades, mais surtout chez ceux qu'on désigne sous le nom de *catatoniques*, se retrouvent trois grands symptômes très importants pour le diagnostic : le *négativisme,* la *suggestibitité*, la *stéréotypie*.

Tous ces symptômes généraux, dont l'association est caractéristique, doivent être recherchés systématiquement dans tous les cas douteux. Nous n'insisterons pas sur les différences profondes qui les séparent de l'état mental et de la façon d'être des malades atteints de psychoses périodiques.

Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes secondaires, tels que les troubles physiques, bien étudiés par Sérieux et Masselon, les fugues, les impulsions sexuelles, etc., qu'on rencontre chez les déments précoces.

Mais, en certains cas, ces symptômes sont assez peu marqués pour qu'en présence d'un état d'excitation ou de dépression on ne puisse s'appuyer sur eux et qu'on soit obligé de demander le diagnostic exact aux caractères mêmes de l'accès. Empressons-nous d'ajouter que ces cas sont rares et que le problème à résoudre est parfois des plus difficile. L'agitation du dément précoce est toujours sans but et sans cohésion, que cette agitation soit brutale et frénétique ou silencieuse.

Alors que les maniaques-dépressifs montrent, au milieu de leur exubérance et de leur bavardage, une adaptation au milieu extérieur ou à leurs idées délirantes, qu'ils ne s'agitent pas à vide, si nous osons dire, qu'on distingue dans leurs actes une direction générale, et qu'ils savent la modifier au gré des circonstances, l'hébéphrénique et le catatonique n'ont, dans le déchaînement de leur langage et de leurs actes, aucun souci des êtres et des choses.

C'est en vain qu'on cherche à leurs réactions une cause quelconque. Elles sont complètement aveugles : elles ne sont plus jugulées par des représentations mentales qui ne font jamais complètement défaut chez le maniaque. Aussi, tandis que celui-ci peut, sous l'empire d'objurgations pressantes, réfréner pour un temps l'exaltation de son automatisme, le dément précoce reste sourd à toute sollicitation extérieure, et insensible à la voix du médecin ou de sa famille, il continue à tourner dans le même cercle d'agitation, sans but et sans contrôle.

Il y a donc, dans les caractères de ces deux agitations, une différence suffisante pour permettre cliniquement de les séparer.

La dépression de l'hébéphrénique et la stupeur du catatonique sont beaucoup plus difficiles à distinguer de la dépression et de la stupeur du maniaque dépressif.

Ce sont tout particulièrement les états stuporeux qui peuvent, en l'absence d'anamnèse et dans l'obscurité des symptômes fondamentaux des deux psychoses, légitimer une hésitation prolongée.

Cependant, il est rare que la stupeur circulaire atteigne un degré aussi prononcé que la stupeur catatonique.

Dans celle-ci, un fossé en quelque sorte infranchissable, sépare le malade du monde extérieur. On ne peut l'aborder, on ne peut révéler en lui quelques-unes de ces esquisses de réactions auxquelles parviennent encore les autres stuporeux. Alors que l'on peut obtenir de ces derniers, par des ordres réitérés, l'exécution lente, incomplète et inexacte d'un mouvement ou d'un geste, tout effort reste vain auprès du catatonique et il demeure dans ce qu'on pourrait appeler sa rigidité cadavérique muet, immobile, étranger à toutes choses.

En outre, rien en lui ne révèle une souffrance, quelconque. Le stuporeux est triste, contracté, il a la consciensce douloureuse de son état, le catatonique, immobile comme une statue, en a encore l'indifférence et l'inconscience.

D'autre part, si l'on accepte les vues de Kræpelin qui réduit tous les délires à systématisation plus ou moins parfaite à la démence précoce sauf cependant la Verrucktheit que Sérieux[1] a décrite à plusieurs reprises sous le nom de psychose à bases d'interprétation délirantes et dont il a magistralement indiqué les symptômes et les limites, l'excitation et la dépression passagère du paranoïde ne demandent à être distinguées que de la manie et de la mélancolie délirantes, chez lesquelles le délire est beaucoup mieux coordonné, moins absurde, moins illogique, plus riche en interprétations délirantes, et moins riche par contre, en hallucinations.

Le diagnostic des états mixtes est, selon les circonstances, ou très

---

[1] Sérieux et Capgras. Le délire d'interprétation. *Encéphale*. Mai 1906.

facile ou très difficile. Très facile lorsque l'accès mixte se montre au cours d'un folie maniaque-dépressive dont on connait depuis longtemps l'évolution, ou lorsqu'il sert de transition entre un état mélancolique et un état maniaque. La notion, bien établie, de la non transformation de la folie maniaque-dépressive en une autre psychose facilite évidemment ici, dans une très large mesure, la tâche du clinicien, par ailleurs si délicate.

On conçoit, en effet, les hésitations qu'il peut avoir en présence d'un de ces états mixtes, dont la mobilité est souvent très grande, lorsqu'il l'observe pour la première fois, chez un malade dont les antécédents lui sont inconnus. C'est, à vrai dire, en recherchant ces antécédents et en analysant avec soin les divers éléments psychologiques de l'état mental de ce malade, qu'il parviendra à se faire une opinion justifiée. Il évitera ainsi notamment de commettre les deux erreurs graves que signale Weygandt : celles de prendre une stupeur maniaque pour une paralysie générale et une manie improductive pour une démence précoce.

* * *

Quelle que soit la conception doctrinale adoptée, qu'il s'agisse de folie périodique au sens français du terme ou de psychose maniaque-dépressive, la question du pronostic est sensiblement la même et peut se résumer dans cette formule *a priori* paradoxale : *les accès passent mais la maladie reste.*

Selon la majorité des aliénistes français, l'avenir réservé à l'intermittent est moins sombre que pour les auteurs étrangers (Krafft-Ebing, Schüle, Kræpelin, etc), car les premiers ainsi que nous l'avons vu, admettent que le retour à la raison peut être complet dans l'intervalle des accès, tandis que les derniers sont d'avis qu'il subsiste toujours un léger degré d'affaiblissement des facultés, une irritabilité anormale, une diminution du libre arbitre et une moindre résistance aux impulsions instinctives. D'autre part les défenseurs de la folie périodique admettent que les intervalles lucides diminuent de durée, en se retrécissant en quelque sorte à mesure que le malade avance en âge.

Jamais la folie maniaque-dépressive ne se termine par la démence s'il ne survient pas de complications. Parmi celles-ci, l'artério-sclérose joue un grand rôle. Kræpelin et Albrecht[1] ont insisté sur la plus grande fréquence de l'artério-sclérose généralisée chez les maniaques-dépressifs.

Albrecht examinant 59 sujets (19 hommes et 35 femmes) a trouvé

[1] Albrecht. Folie maniaque-dépressive et artériosclérose. *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd LXIII, 34.

que l'artério-sclérose était plus fréquente dans la folie maniaque-dépressive que dans les autres psychoses ; elle serait d'ailleurs secondaire dans la grande majorité des cas. Très rarement, elle donnerait naissance, chez des prédisposés, à la folie maniaque-dépressive. En tout cas, elle affaiblit intellectuellement le malade.

L'autre cause de démence la plus souvent en jeu est l'intervention de lésions circonscrites : hémorragies, ramollissements, etc. Pilcz, sur 17 cas de folie maniaque-dépressive terminées par la démence a toujours rencontré ces lésions.

Les traumatismes qu'on voit notés quelquefois comme cause déterminantes des accès, ont également une grande influence sur le développement de l'affaiblissement intellectuel. Krafft-Ebing, Falret, Foville et surtout Ritti ont mis en valeur l'importance étiologique du traumatisme dans la folie périodique. Soukhanoff et Gannouchkine sont revenus sur cette question.

CHAPITRE IV

Pathogénie et Anatomie pathologique des psychoses périodiques.

Nous avons exposé les deux doctrines qui se partagent actuellement les cliniciens, en France et à l'étranger, sur les limites qu'il convient de donner aux psychoses périodiques, sur les symptômes qu'elles présentent, sur l'évolution plus ou moins régulière par laquelle elles se caractérisent.

Nous nous estimerons heureux si nous sommes parvenu à reproduire, avec exactitude et clarté, les opinions défendues d'un côté et d'autre avec la même bonne foi et le même souci de la vérité.

Sans doute, entre la folie périodique et la folie maniaque-dépressive, des différences profondes existent. Elles iront, nous n'en doutons pas, en s'atténuant, et il n'est pas possible que de si hautes facultés d'analyse appliquées de toutes parts à l'étude d'une psychose n'aboutissent, en un temps plus ou moins rapproché, à des conclusions uniques qui rallieront tous les auteurs, pour le plus grand honneur de la psychiâtrie.

D'ores et déjà, il est possible de prévoir que l'accord se fera sur certains points encore en discussion, qu'en ce qui concerne, par exemple, les récidives des accès de manie et de mélancolie, certains aliénistes conviendront qu'ils sont mal placés dans les asiles publics pour en avoir une connaissance précise, que l'internement n'est pas le critère de la rechute et que bien des accès de peu d'intensité évoluent dans le monde et échappent, par cela même, à leurs investigations. Seul, pourrait juger avec une exactitude rigoureuse de la fréquence des accès, le médecin qui tout en soignant des malades dans un asile, pourrait les observer dans une clinique de consultations externes et les suivre encore en ville. Il semble que ces conditions se rencontrent rarement et c'est là peut être l'origine d'une de ces divergences de vues les plus essentielles entre les partisans de l'une et de l'autre doctrine.

D'autres part, les auteurs qui admettent volontiers que les accès de manie et de mélancolie isolés précèdent la plupart du temps l'éclosion de la folie à double forme, n'auraient évidemment aucune répugnance à fixer à cette éclosion une date plus rapprochée de la naissance (celle de la puberté) s'ils convenaient que ces accès isolés font, comme ceux à double forme, partie intégrante de la folie périodique.

Il est même probable que ces psychiâtres accepteront assez vite la réalité des états mixtes s'ils veulent se rendre compte que nombre de particularités cliniques qui leur sont chères en matière de psychoses périodiques (malveillance, irritabilité, colères, lucidité, souvenir précis dans les états stuporeux, etc...) se rapportent le plus souvent à ces nuances psycho-pathologiques grâce auxquelles Kræpelin a pu décrire les états mixtes.

En somme, les mêmes faits cliniques ont été observés par les uns et les autres, mais ils ont été vus et interprétés différemment selon les opinions doctrinales en cours. Il y a lieu de penser qu'animés d'un mutuel désir de s'entendre et laissant de côté toute préoccupation extra-scientifique, les psychiâtres de tous pays arriveront à bref délai à une même unité de vue sur cette question des psychoses périodiques. L'écueil est que nous sommes encore pour l'instant, au point de vue de la pathogénie de ces troubles mentaux, dans le domaine des hypothèses et que l'anatomie pathologique a été jusqu'ici impuissante à solutionner ce problème.

* * *

La seule notion pathogénique sur laquelle l'accord soit unanime, c'est que les psychoses périodiques sont essentiellement héréditaires ; mais cela n'explique pas le mécanisme des états de dépression et d'excitation, le retour de ces états, leurs tranformations ni leurs autres particularités.

Bien des hypothèses ont été émises à ce sujet ; il n'en est point qui puisse rallier tous les suffrages et leurs auteurs eux-mêmes ne leur accordent d'autre importance que celle que peut avoir un essai d'explication basé sur des vues de l'esprit et non sur des constatations directes.

On a admis longtemps et l'on admet encore parfois que dans l'excitation les centres sont hyperémiés et anémiés dans la dépression. Pure hypothèse qui, si l'on tentait de la vérifier, recevrait probablement autant de démentis que l'hypothèse analogue édifiée par les psychologues et les physiologistes sur l'état de la circulation cérébrale dans le sommeil et dans la veille.

Meynert, tout en se rattachant à la même théorie, avait tenté une explication moins simpliste des phénomènes : « La manie, dit-il se développe sous l'influence de l'hyperémie fonctionnelle de l'écorce occasionnée par un défaut d'innervation du centre vasculaire entraînant une dilatation artérielle. Mais cette hyperémie réagit sur le centre vasculaire qui récupère son énergie et excite l'action des vaso-moteurs ; il en résulte une contraction vasculaire se traduisant anatomiquement par l'ischémie corticale et cliniquement par la mélancolie. »

Schubert[1], rapportant, pour l'admettre, cette théorie ingénieuse de Meynert, cite deux cas qui la confirment : pendant leurs paroxysmes maniaques, les malades auxquels il fait allusion avaient des accès d'asthme, signature, d'après l'auteur, du spasme vaso-paralytique.

Ramon y Cajal[2] a supposé aux cellules névrogliques de l'écorce la propriété de rétracter et d'étendre entre les cellules nobles les pseudopodes chevelus dont il les a vues munies. D'autre part, celles de ces cellules qui s'attachent aux capillaires pourraient, par les rétractions ou les allongements de leurs tiges, produire sous des influences obscures l'hypérémie ou l'anémie de telle ou telle région de l'écorce. Ces deux ordres de phénomènes (l'isolement des éléments nerveux par les prolongements névrogliques et leur action sur les vaisseaux) rendraient compte de toutes les variétés d'action et de repos dont les cellules nerveuses sont capables.

L'objection la plus forte qu'on puisse faire à cette hypothèse — et elle est suffisante — est que Ramon y Cajal n'a donné aucune preuve de ces mouvements des cellules névrogliques. L'histologiste espagnol lui-même a déclaré dans une communication écrite à Jules Soury « qu'il n'attache point personnellement un grand intérêt à ces conjectures, condamnées par leur nature même à se transformer continuellement et à être remplacées par d'autres plus heureuses... »

Bresler[3], en effet, a tenté, peu après, une autre « conjecture » où il accorde aux cellules à cylindre-axe court, de Golgi, le rôle que Ramon y Cajal fait jouer aux cellules de névroglie.

D'autres auteurs ont pensé trouver dans une intoxication la cause des phénomènes observés. C'est ainsi que Tanzi[4] admet que les centres des malades atteints de psychoses périodiques sont très sensibles aux toxines « normales ».

Dans le même ordre d'idées, Macpherson[5], se basant sur les effets d'excitation et de dépression de médicaments variés et sur les mêmes phénomènes obtenus chez des animaux par l'injection de poisons retirés de l'organisme, pense que des modifications de la nutrition sont le point de départ des symptômes de dépression et d'exaltation mentales pathologiques.

---

[1] Schubert. Contribution à la pathogénie de la folie circulaire. *Neur. Centralb.*, 1890.

[2] Ramon y Cajal. Quelques hypothèses sur le mécanisme anatomique de l'idéation, de l'association et de l'attention, 1895 (en espagnol). Un exposé très complet du mémoire de Ramon y Cajal et des objections qu'il a soulevées se trouve aux pages 1613 et suivantes de l'admirable livre de Jules Soury : Le système nerveux central. Paris, Carré et Naud, éd., 1899.

[3] Bresler. Loc. cit.

[4] Tanzi. Loc. cit.

[5] J. Macpherson. Manie et mélancolie. *The Journal of mental science*, avril 1891.

Parhon et Marbe[1] ont récemment insinué que l'insuffisance thyroïdienne pourrait jouer quelque rôle dans le déterminisme de la manie et de la mélancolie, ce qui s'accorde mal, d'ailleurs, avec l'échec de la médication thyroïdienne tentée, dans ces cas, depuis déjà longtemps.

Mabille et Lallemant[2], dans une hypothèse très rapprochée de celle de Tanzi, parlent d'une « diathèse », éveillée au hasard de poussées auto-toxiques, sous la forme d'excitation ou de dépression.

Mouratow[3], se basant sur le résultat d'autopsies où il a trouvé des lésions des capsules surrénales, serait tenté de faire jouer aux troubles de sécrétion de cette glande un rôle prépondérant dans l'éclosion des accès maniaques dépressifs.

En somme, aucune de ces hypothèses n'explique la nature intime de la maladie, ni la raison de la périodicité plus ou moins régulière des accès.

On peut en dire autant de celle des auteurs qui, sans s'attacher à baser sur des considérations anatomiques une pathogénie de la folie maniaque-dépressive, estiment qu'elle est une psychose constitutionnelle caractérisée par un fond mental particulier et des accès apparaissant à la faveur de causes diverses (puberté, involution, traumatisme, menstruation, etc.)

D'autres, mettant en doute la légitimité, non pas clinique, mais nosologique de la folie périodique, veulent n'y voir qu'une modalité d'épilepsie larvée.

Cette opinion, défendue d'abord par Morel, avec moins d'absolutisme cependant que par ses successeurs, puis par Doutrebente, a été reprise, tout récemment, par Anglade et Jacquin[4] qui ont résumé, dans un intéressant mémoire, les faits qui militent en faveur de cette conception unitaire. On y trouvera une bibliographie étendue. Les arguments des auteurs peuvent se résumer ainsi :

Au point de vue de l'étiologie, l'hérédité est à peu près la même chez les intermittents et les épileptiques ; on rencontre chez la même famille des cas de l'une et de l'autre psychose ; dans leur jeunesse, les périodiques futurs ont souvent des convulsions. Les causes provocatrices des accès sont souvent très minimes ou non décelables d'un côté et de l'autre.

---

[1] Parhon et Marbe. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. *Encéphale*, Septembre 1907.

[2] Mabille et Lallemant. Des folies diathésiques 1891.

[3] Mouratow. Lésions des capsules surrénales au cours de la folie périodique. *Sovréménnaia psychiatria.* Moscou, Mars 1907.

[4] Anglade et Jacquin. Psychoses périodiques et épilepsie (Considérations cliniques et anotomo-pathologiques). *L'Encéphale*, juin 1907.

Cliniquement, on observe le même état mental dans l'intervalle des accès, et les accès eux-mêmes (les accès psychiques) ont les plus grandes similitudes. Epilepsie et folie intermittente sont des psychoses périodiques au sens général du mot.

On connaît, d'autre part, un certain nombre de cas où des accès diagnostiqués intermittents furent révélés comitiaux, après un nombre d'années plus ou moins grand, par l'apparition d'attaques motrices.

Des recherches anatomopathologiques auraient démontré à Anglade et Jacquin que, dans la folie intermittente, comme dans l'épilepsie, se rencontre une même lésion particulière, « l'hyperplasie névroglique ».

Ces divergences de vue entre les auteurs se retrouvent lorsque, laissant le terrain des hypothèses, on essaie de pénétrer la nature de la folie périodique par des constatations directes portant sur les diverses fonctions, les humeurs, la température, etc.

C'est ainsi que Meyer[1], Modret[2]. Roubinovitch et Toulouse[3] admettent que *le poids* du corps augmente dans la manie, alors que Weygandt écrit qu'il peut baisser de moitié. Ce dernier auteur estime même qu'il augmente dans la mélancolie, alors que la plupart des cliniciens, au contraire, y ont noté un « amaigrissement constant ».

Mêmes discordances en ce qui concerne *le pouls*. La plupart des auteurs le disent accéléré dans la manie et ralenti dans la mélancolie. Jacobi, dans plus de la moitié des cas de manie, l'a vu normal ou ralenti.

Quant à la *pression sanguine*, Weygandt et Pilcz ont fourni des chiffres qui la montrent exagérée dans la mélancolie, abaissée dans la manie. Mais la plupart des classiques ont admis le contraire.

La *proportion d'hémoglobine* et la *teneur du sang en globules rouges* n'ont pas été moins diversement appréciées.

Weygandt dit que « dans la phase d'excitation, la richesse du sang en hémoglobine paraît être diminuée », Fischer[4], Reggi et Seppili[5] soutiennent l'opinion inverse. Dumas[6] parle d'une diminution, apparente du nombre des globules rouges, au début de l'excitation, d'une augmentation, apparente, au début de la dépression, et de conditions inverses au milieu de ces deux états.

---

[1] Meyer. Sur la folie circulaire. *Archiv. f. Psychiat.*, 1874, p. 139.

[2] Mordret. De la folie à double forme, circulaire, alterne. Mémoire présenté à l'*Académie de médecine* en 1880. Paris, 1883.

[3] Roubinovitch et Toulouse. La mélancolie. Paris, 1897, p. 212 et 39.

[4] Jessie Weston Fisher. Contribution à l'étude du sang dans la folie maniaque-dépressive. *American Journal of Insanity*, avril 1903.

[5] Cités par Deny et Camus, loc. cit., p. 30.

[6] G. Dumas. La joie et la tristesse. Paris, Alcan, 1899.

Pilcz avoue que ses recherches n'ont abouti à aucun résultat positif.

Sur l'absence ou la présence et la proportion de la leucocytose et de la polynucléose, les auteurs ont produit des opinions très différentes.

Les recherches thermométriques n'ont pas plus de concordance :

Les uns disent que la *température* est élevée dans la manie et abaissée dans la mélancolie ; d'autres qu'elle reste normale dans les deux cas ; Pilcz déclare qu'il n'y a rien de significatif dans les tracés thermométriques.

Les recherches sur le *pouvoir uro-toxique*, *séro-toxique et séro-hémolytique* ont tenté quelques expérimentateurs.

Leurs résultats sont contradictoires [1]. Il convient cependant de citer les expériences d'Alberti [2]. Il a vu, en faisant agir le sérum d'individus normaux ou de maniaques-dépressifs sur les hématies d'autres individus atteints de folie maniaque-dépressive, que dans la période d'excitation le sang de ces malades avait une résistance hémolytique plus ou moins faible et toujours inférieure à la normale ; dans la période de dépression les résultats sont trop inconstants pour permettre une conclusion ; après guérison, la résistance hémolytique est normale.

D'une autre série d'expériences, Alberti [3] a conclu qu'il n'y a pas, dans la folie maniaque dépressive, une formule constante de diminution ou d'augmentation de la toxicité du sérum sanguin et des urines. De même, le pouvoir hémolytique du sérum des intermittents sur le sang du lapin varie dans les même proportions qu'on observe pour le sérum d'homme normal.

L'anatomie pathologique n'a pas, d'autre part, apporté à l'édification de la folie périodique des matériaux de bien grande valeur.

Aussi bien, les autopsies sont rares, et celles où l'on a recherché les lésions microscopiques sont tout à fait exceptionnelles.

On peut classer sous trois rubriques différentes les diverses autopsies rapportées par les auteurs : dans les unes, il n'y a aucune lésion de quelque importance ; dans les autres, il existe bien des lésions, mais

---

1 Faisons remarquer ici les contradictions que nous venons de relever à propos de faits aussi facilement et rigoureusement contrôlables que l'augmentation ou la diminution du poids, les variations de température, la richesse du sang en hémoglobine, etc., elles prouvent que toutes ces modifications sont individuelles, ressortissent à des causes encore inconnues, mais qui ne tiennent pas à l'apparence clinique de l'accès (manie ou mélancolie). Cette remarque vient donc jusqu'à un certain point à l'appui de l'opinion de Kræpelin qui fait de ces deux états non pas des contraires, mais des homologues.

2 Alberti. Recherches sur l'isolyse chez les malades atteints de folie maniaque-dépressive. *Giornale di Psichiatria clinica et tecnica manicomiale*, 1905, p. 77 et 79.

3 Alberti. Recherches sur le pouvoir urotoxique, séro-toxique et séro-hémolytique chez les malades atteints de folie maniaque-dépressive. *Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1904, p. 39 et 75.

elles n'ont point de caractère spécifique ; enfin, dans quelques autopsies on aurait rencontré des lésions non banales et plus ou moins particulières à la folie périodique.

Voici, pour mémoire, un aperçu de toutes ces autopsies :

PREMIER GROUPE. — *Lésions sans importance :*

1° *Deboudt*[1]. Folie circulaire : Quelques modifications légères de la pie-mère. Adhérences. D'autre part, cerveau normal.

2° *Westphall*[2]. Manie périodique : Epanchement sanguin récent entre la dure-mère et le crâne, à gauche ; la dure-mère et la pie-mère, à droite.

3° *Tigges*[3]. Mélancolie périodique : Léger trouble sur la pie-mère. Circonvolutions un peu atrophiées.

4° *Martinenq*[4]. Folie Circulaire : Quelques plaques opalescentes sur la pie-mère.

5° *Rückle*[5]. Mélancolie périodique : Lepto et pachyméningites chroniques.

6° *Köhler*[6]. Folie circulaire : Cerveau superficiellement ratatiné au niveau surtout des circonvolutions pariétales.

7° *Mordret*[7]. Trois cas de folie circulaire :
a) Epaississement des méninges.
b) Hyperémie de la pie-mère.
c) Lésions de méningite récente.

DEUXIÈME GROUPE. — *Lésions plus importantes mais sans caractère spécifique*

1° *Wollerner*[8]. Folie circulaire : (Une des très rares autopsies avec examen microscopique). Il s'agit d'une femme dont la maladie débute à l'âge de 24 ans et qui mourut à 74 ans avec un affaiblissement intellectuel très prononcé. Hémisphère droit beaucoup moins développé que le gauche. Prolifération névroglique en diverses régions de l'écorce.

---

[1] DEBOUDT. Excès alcooliques, manie périodique, etc, *Ann. méd. psych.*, 1873, p. 414.

[2] WESTPHALL. Manie périodique..., etc. *Charité Annal.*, Bd. I, p. 594.

[3] TIGGES. Cas de mélancolie périodique. *Irrenfreund*, 1878, p. 17.

[4] MARTINENQ. Folie à double forme intermittente, etc... *Ann. méd. psych.*, 1825, p. 412.

[5] RÜCKLE. La mélancolie est-elle exclusivement une maladie de l'involution ? Thèse d'Erlangen 1898.

[6] KŒHLER. Sur un cas de folie circulaire. *Irrenfreund*, 1869, p. 168.

[7] MORDRET. De la folie à double forme, circulaire, alterne. Mémoire Acad. Médecine 1880.

[8] WOLLERNER. Un cas de folie circulaire avec lésions anatomiques. *Neurol. Centralb.*, 1887, p. 145.

2° *Schüle*[1]. Folie à formes alternes : Hyperplasie à foyers circonscrits de l'écorce. Hydrocéphalie interne. Myxome.

3° *Kirn*[2]. Manie périodique : Oxycépalie. Athrophie du cerveau antérieur et moyen surtout frappante à gauche. Synéchie de la corne antérieure à droite.

4° *Worcester*[3]. Manie périodique : Ramollissement ancien dans la moitié droite de la protubérance et dans les tubercules quadrijumeaux droits.

5° *Savage*[4]. Mélancolie périodique : Ramollissement ancien dans le lobe frontal.

6° *Charron*[5], Manie périodique (deux cas) :

a) Ramollissement du lobe frontal gauche.

b) Hémorragie récente (malade mort d'ictus apoplectique) au milieu de foyers multiples de ramollissement du lobe droit.

7° *Doutrebente*[6]. Méningo-encéphalite très circonscrite, limitée à un lobe frontal.

8° *Pilcz*[7]. (Deux cas).

a) Sclérose du noyau denté droit du cervelet.

b) Encéphalite ancienne à la pointe du lobe frontal droit, provenant peut-être d'un traumatisme.

9° *Doutrebente* et *Marchand*[8]. Folie à double forme compliquée « in fine » de paralysie générale : Lésions de la paralysie générale.

On le voit, il n'y a rien dans toutes ces constatations qui permettent même de faire quelque supposition sur les lésions propres à la folie périodlque. Il est remarquable qu'il n'y aît pas plus d'assurance en ce qui concerne la manie et la mélancolie dites simples.

TROISIÈME GROUPE. — *Lésions à caractère non banal.*

B. Hollander[9] a soutenu dans un très important mémoire qu'il existe une relation constante entre la mélancolie et une lésion, d'ailleurs variable, « de la partie centrale du lobe pariétal ».

---

1 SCHÜLE. Loc. cit.

2 KIRN. Des psychoses périodiques. Stuttgart, 1878.

3 WORCESTER. Régénération des fibres nerveuses dans le système nerveux central. *The Journ. of experim. med.*, 1898.

4 SAVAGE. Manuel clinique d'aliénation mentale. 1887.

5 CHARRON. Foyers de ramollissements cérébraux et troubles psychiques. *Arch. de Neurologie*, 1899.

6 DOUTREBENTE. Note sur la folie a double forme. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 193.

7 PILCZ. Loc. cit. p. 187. Les indications bibliographiques précédentes sont tirées de cet ouvrage.

8 DOUTREBENTE et MARCHAND. Folie à double forme avec syndrôme paralytique. *Soc. méd. psych.* Séance du 18 nov. 1904.

9 B. HOLLANDER. La localisation cérébrale de la mélancolie. *The Journ. of Mental Science*, juillet 1901.

J. Turner[1], s'appuyant sur des cas de lésions cellulaires observées à l'autopsie de diverses psychoses, pense que la mélancolie est due à un processus toxique qui détruit plus ou moins les cellules cérébrales.

Pilcz, résumant la plupart des autopsies que nous avons citées, et en présence de la non-valeur de leurs conclusions, estime que l'anatomie pathologique telle qu'on la pratique actuellement n'est d'aucun secours dans la folie maniaque-dépressive. « En face d'une psychose constitutionnelle, dit il, ce qu'il faudrait rechercher ce sont des lésions plus intimes, les lésions véritablement héréditaires : il faudrait faire *la tératologie* de la cellule nerveuse.

Récemment Anglade et Jacquin[2] ont essayé de préciser les lésions propres à la folie périodique, grâce à de minutieuses recherches histopathologiques facilitées, en l'espèce, par la nouvelle méthode de coloration de la névroglie dont l'un d'eux est l'auteur.

Pour ces psychiâtres, ce qui caractérise la folie périodique, comme d'ailleurs l'épilepsie, c'est la *prolifération névroglique.* « Elle se retrouve, disent-ils, dans toutes les régions de l'écorce cérébrale, mais il nous paraît qu'elle prédomine très nettement : 1° au niveau de la zone de Wernicke et du lobe temporal tout entier ; 2° au niveau du lobe occipital. Elle est cependant très accusée au niveau des régions motrices. »

Quant aux cellules nobles, elles restent indemnes, ce qui explique l'intégrité du fonds intellectuel.

Cette électivité des lésions qui avait déjà poussé Anglade à considérer « la cellule nerveuse et la cellule névroglique comme des sœurs ennemies s'observant tout le long de l'existence, teujours prêtes à se combattre à la première occasion morbide » lui fait émettre l'hypothèse que « la prédisposition à la folie périodique ne serait autre chose qu'un défaut d'équilibre entre la vitalité des deux tissus constitutifs du système nerveux central : cet équilibre instable, les causes occasionnelles suffisent à le rompre au profit de la névroglie, l'anarchie cellulaire se réalise ».

Ces intéressantes spéculations demandent assurément le contrôle de longues et multiples observations. Il est à souhaiter qu'elles apportent à la folie périodique un subtratum solide : elles ne sauraient actuellement, comme le déclare d'ailleurs l'auteur avec une réserve qu'on ne saurait trop louer, que se présenter avec les allures d'une hypothèse séduisante et digne de fixer l'attention.

---

[1] J. TURNER. Une théorie relative aux états physiques du système nerveux qui sont nécessaires à la production des états de mélancolie, de manie, etc. *The Journ. of ment. Science*, 1900.

Id. Le substratum physique de la mélancolie. *Brit. med. Journ.*, octobre 1901.

[2] ANGLADE et JACQUIN. Loc. cit. On trouvera dans ce mémoire la biblographie des travaux antérieurs d'ANGLADE sur ce sujet.

CHAPITRE V

Considérations thérapeutiques et considérations médico-légales.

Au point de vue thérapeutique, l'on peut dire — et cela n'a rien de surprenant d'après ce qui précède — que le traitement causal des psychoses périodiques est encore à trouver. Selon la juste remarque de Deny, actuellement, « ni les agents médicamenteux, ni les pratiques hydrothérapiques, ni même la psychothérapie la plus rationnelle et la plus méthodique, ne sont en réalité capables d'arrêter ou de modifier l'évolution d'un paroxysme maniaco-dépressif ». Lorsque ces moyens paraissent avoir eu une action efficace, c'est à la période de déclin et l'on peut alors se demander si la diminution est due, dans ces circonstances à l'influence du traitement ou à la décroissance prévue et à la marche naturelle de la maladie. (Falret.)

On aura donc recours au traitement symptomatique des états d'agitation et de dépression, traitement trop connu pour qu'il soit opportun d'insister sur les indications des bains prolongés, du séjour au lit et des divers médicaments, tels que : chloral, bromure, véronal, hyoscine, duboisine, atropine, sulfate de quinine, opium, etc.

La question thérapeutique la plus importante et la plus difficile à résoudre est celle de la séquestration.

Deny est d'avis qu'une grande partie de la clientèle actuelle des établissements d'hydrothérapie, « des maisons de santé », est composée de maniaques dépressifs, étiquetés neurasthéniques et il a soin de spécifier que « ce sont là des établissements de choix pour les formes légères des états dépressifs connus sous le nom de dépression neurasthénique simple, de mélancolie sans délire, de neurasthénie mélancolique, etc., mais sous la réserve que ces malades y soient l'objet d'une *surveillance rigoureuse* ».

Mais lorsque l'affection acquiert un haut degré d'intensité, on est bien obligé de recourir à l'internement, soit parce que les malades se livrent aux actes les plus regrettables pendant la période d'excitation et qu'ils rendent la vie impossible à l'entourage, soit parce que dans la phase à prédominance mélancolique ils ont des idées de suicide très actives ou refusent avec persistance de s'alimenter.

La principale difficulté n'est pas de se prononcer sur la nécessité de la séquestration dans les périodes d'intensité des accès, mais de

prendre un parti sur la question de sortie ou de mise en liberté pendant les phases de rémissions ou d'intermittences plus ou moins prolongées.

Quand les périodes lucides sont de courte durée il faut maintenir l'internement, « mais quand ces intervalles lucides se prolongent pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années on est bien obligé de se décider à rendre ces malades à leurs familles, malgré les inconvénients graves qui peuvent en résulter et l'on doit alors se guider sur la connaissance des accès antérieurs et des phases diverses que la maladie a traversées jusqu'au moment où l'on est appelé à observer le malade[1]. »

Point à noter et dont nous avons dit un mot au sujet des particularités cliniques de la folie périodique, ces malades, si souvent ignorés de leur entourage, ont parfois conscience de leur situation pathologique et il en est qui sollicitent eux-mêmes leur internement. Il nous a été donné d'observer récemment un malade intermittent qui, au début de son accès, faisait le choix du lieu de son placement, s'inquiétait des conditions de prix, etc. Ce malade, une fois l'accès terminé nous rendait compte exactement de tout ce qu'il avait observé dans le service pendant sa folie et projetait de faire construire dans une de ses propriétés une maison ad hoc où il chargerait un médecin de ses amis, de l'enfermer et de l'isoler pendant son accès.

* * *

Au point de vue médico-légal, les psychoses périodiques ont depuis longtemps préoccupé les aliénistes et il convient de citer parmi les travaux les plus importants sur ce sujet ceux de J. Falret[2], Vallon[3], Régis[4], Krafft-Ebing[5], Doutrebente[6], etc.

Lorsqu'il s'agit d'un accès de manie ou de mélancolie très caractérisés (observés dans les asiles), le doute n'est pas permis et l'irresponsabilité absolue ne sera contestée par personne, mais quelle sera la conduite de l'expert appelé à se prononcer sur la responsabilité d'un sujet qui a commis un acte répréhensible dans ce qu'on est convenu d'appeler « un intervalle lucide » ?

---

[1] J, Falret. Loc cit.

[2] J. Falret. Loc. cit. et Responsabilité légale des aliénés.

[3] Vallon. Article : médecine légale, in Traité de pathologie mentale de Ballet, Paris, Doin,

[4] Régis. Loc, cit. et Des intervalles lucides considérés dans leur rapport avec la capacité civite des aliénés. *L'Encéphale*, 1887, p. 150.

[5] Krafft-Ebing. Médecine légale des aliénés, traduction française par A. Rémond, Paris-Toulouse, 1900.

[6] Doutrebente. Etude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales, Blois, 1883.

Parlant de l'intervalle lucide vrai, encore appelé intermittence ou intermission, Jules Falret formule l'opinion suivante : « Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit dès lors lui appliquer la règle applicable à la raison elle-même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. La seule difficulté dans ces cas, et elle est souvent très grande, est une difficulté clinique, une question de diagnostic. Il s'agit pour l'expert d'établir par des preuves péremptoires et certaines que l'individu soumis à l'examen était bien au moment de l'action dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente, et non pas dans une simple rémission plus ou moins prononcée, ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent, par exemple dans les périodes de rémission du délire de persécution. Ce problème clinique est souvent très difficile à résoudre et c'est là un des points les plus délicats de la médecine légale des aliénés. Mais en principe on ne peut nier que les périodes d'intermittence vraie existent souvent dans les maladies mentales et que pendant ces périodes l'individu doit être considéré comme ayant recouvré sa responsabilité morale et sa capacité civile ». Doutrebente admet l'opinion de Falret pour les intermissions de longue durée, mais fait de sages réserves à propos des intermittences de courte durée.

Vallon, dans son magistral article du *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, approuve les réserves de Doutrebente. « Pour notre part, dit-il, nous ne pouvons admettre la responsabilité complète que dans le cas d'une intermittence longue ou parfaite, quand le retour à la raison s'est fait déjà depuis quelque temps et doit avoir une assez longue durée ». Et le médecin de Saint-Anne, faisant observer avec raison qu'on ne saurait assimiler à un homme normal un individu qui vient de sortir d'un accès d'aliénation mentale ou qui est sur le point d'y entrer, a soin d'ajouter : « Il faut, pour pouvoir conclure à la responsabilité entière, être sûr que la guérison temporaire est bien réelle et bien complète, ne sera pas éphémère et de plus que l'acte incriminé ne présente en rien un caractère pathologique ».

En dehors de ces conditions, en présence d'un inculpé qui a commis une infraction entre deux accès d'aliénation mentale, il est juste et légitime de conclure, non à la responsabilité complète, mais à la responsabilité atténuée ».

Mais que penser des périodes de transition entre deux stades d'un même accès et des phases de simple rémission qui ne constituent pas un véritable intervalle lucide ?

Nous dirons avec J. Falret traitant de ce sujet, qu'il en est des

aliénés circulaires comme des épileptiques. « Lorsqu'ils sont en plein accès de délire, ils sont évidemment irresponsables, mais lorsqu'ils se trouvent dans un état intermédiaire, on peut se demander jusqu'à quel point leur responsabilité existe malgré les apparences de raison qu'ils présentent, et puisqu'il y a doute dans les états mixtes, ils doivent profiter du bénéfice de l'irresponsabilité, les présomptions étant évidemment dans ce sens plutôt qu'en faveur de la persistance complète du libre arbitre. »

Les difficultés médico-légales sont encore plus grandes dans les cas aigus de psychose périodique, dans les formes atténuées sur lesquelles nous avons insisté précédemment, lorsque les malades vivent en liberté dans leur famille et ne sont considérés par personne comme des aliénés.

Jusqu'à quel point est responsable de ses actes un sujet dont c'est la constitution même de présenter des phases d'activité débordante et de dépression exagérée à propos desquelles on ne saurait appliquer le jugement qu'on porte sur les actes d'individus dont la pondération est sensiblement la même au cours de toute leur vie? — Et jusqu'à quel point un tel sujet est-il irresponsable, alors qu'il explique avec une logique, une adresse et un esprit très éveillé la plupart du temps, les actes répréhensibles dont la justice lui demande compte ?

Le public ne voit jamais, chez de tels malades, la tare mentale perturbatrice : il parle d'immoralité, de mauvais instincts, mais non de folie. L'expert devra bien souvent montrer quelque courage pour ne pas accepter l'opinion que la voix publique lui dicte en quelque sorte.

Krafft-Ebing, qui a insisté sur ces faits, met en garde contre « un jugement exclusivement psychologique et analytique », et il énumère les tares héréditaires, constitutionnelles, mentales et somatiques, les concommitances et les troubles antérieurs que le médecin devra rechercher pour asseoir solidement son opinion.

Selon les circonstances et les cas particuliers il conclura à l'irresponsabilité absolue ou à la responsabilité atténuée ; là encore il sera intéressant de noter soigneusement le cachet pathologique ou non-pathologique de l'acte incriminé.

D'ailleurs la question de responsabilité se pose bien moins souvent au sujet de ces malades que celle de leur capacité civile, car ils se font remarquer bien moins par des actes délictueux ou criminels que par des actes de nature à compromettre leur fortune ou celle de leur famille : achats inconsidérés, spéculations hasardeuses, contrats léonins, etc.

C'est surtout au point de vue des actes civils, notamment des testaments, et au point de vue de l'interdiction que l'expert sera consulté. Que dire de la valeur d'un testament fait par un intermittent?

Le médecin-expert partagera-t-il l'avis du malade lui-même, de sa famille et du public en général, ou bien se prononcera-t-il dans le sens d'un état maladif bien caractérisé ?

Jules Falret répond à ces questions complexes de la manière suivante : « Lorsque les individus de ce genre, qui sont le plus souvent des descendants d'aliénés, ayant vécu dans le monde, ont passé quinze ou vingt ans dans des alternatives successives de dépression et d'excitation et laissent après leur mort un testament contesté par quelques-uns de leurs héritiers, comment se prononcer d'une manière certaine au milieu des témoignages contradictoires produits par les deux parties en présence ?

Un médecin expérimenté en constatant que l'individu, dont le testament est contesté, a présenté pendant sa vie des phases très évidentes de dépression mélancolique et d'excitation maniaque, ne doit-il pas admettre que c'était là un vrai malade ; que pendant les périodes de tristesse et d'affaissement il voyait tout en noir et qu'il a pu sous l'influence des idées tristes qui lui faisaient apparaître le monde entier comme hostile ou décoloré, donner sa fortune à certaines personnes ou à certaines institutions, en rapport avec ses idées dominantes du moment, tandis que pendant les périodes inverses, voyant tout en beau, sous des couleurs favorables, et à travers un prisme optimiste, il aura présenté des dispositions toutes différentes pour les choses et pour les personnes et aura deshérité ceux qu'il avait au contraire favorisés pendant l'autre période de sa maladie ? »

Dans ces cas difficiles la perplexité du médecin-expert sera grande, et Vallon fait observer que le meilleur criterium est encore l'examen en soi du testament contesté : « Il faut voir si celui-ci porte ou non la marque de la folie. Quant aux témoignages des personnes présentes au moment de l'acte ils sont généralement trop intéressés et partant trop suspects pour qu'on puisse leur attribuer une valeur décisive. »

Reste la question de l'interdiction, il est sage de recourir à cette mesure en matière de psychose périodique, car on peut parfois éviter ainsi la séquestration indéfinie de malades qui sont surtout dangereux au dehors pour leurs intérêts financiers ou ceux de leurs familles. En France la procédure d'interdiction est assez complexe, et il est en somme assez difficile de la mener à bonne fin ; à l'étranger elle serait de pratique plus facile si l'on s'en rapporte à Lœhr[1]. Cet auteur cite en effet le cas d'une dame qui demanda elle-même son interdiction, insista pour l'obtenir auprès d'un président de tribunal, et eut satisfaction, montrant ainsi « malgré ses très nombreux accès, qu'elle

[1] Lœhr. Des folies périodiques. *Société psychiatr. de Berlin.* Séance du 17 juillet 1881.

avait conservé le plein discernement de sa maladie en même temps qu'une force de volonté assez grande pour se préserver de son propre mouvement des conséquences de sa psychose. »

Il est douteux qu'en France une demande introduite dans ces conditions soit suivie de succès.

RÉSUMÉ

I. Que faut-il entendre par « psychoses périodiques » ? Si la périodicité et l'alternance sont, comme le soutenait Morel, « des situations pathologiques observées dans toutes les variétés de folie en général » est-il légitime de définir par ces caractères un groupe spécial de psychoses ?

Sans doute, la périodicité, c'est-à-dire la reproduction de phénomènes de même nature à des intervalles plus ou moins réguliers, paraît être une loi qui régit tous les phénomènes de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie humaine (menstruation, température, rêves, humeur, etc.), mais certaines psychoses offrent cette caractéristique majeure de se manifester seulement par des phénomènes d'excitation et de dépression dont la périodicité et l'alternance sont non plus accessoires mais essentielles. « Des accès de manie ou de mélancolie, tantôt isolés, tantôt conjugés, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, souvent un très grand nombre de fois durant la vie des malades » (G. Ballet) définissent donc les psychoses périodiques qu'on peut désigner sous le terme global de folie périodique.

II. La périodicité et l'alternance de la manie et de la mélancolie ont été reconnues de tout temps, mais c'est à Baillarger et à J.-P. Falret que revient l'honneur d'avoir isolé, en 1854, de la manie et de la mélancolie simples, la *folie à double forme* et la *folie circulaire*, variétés de la même entité morbide. Ces deux auteurs tracèrent le tableau clinique de la nouvelle maladie, en fixèrent l'étiologie, les symptômes essentiels et le pronostic.

En 1890, Magnan rattache à la *folie intermittente*, les cas de manie et de mélancolie récidivantes, englobant ainsi dans une même entité tous les états d'excitation et de dépression qui n'appartenaient pas aux diverses psychopathies organiques, à la folie des dégénérés, à la mélancolie et à la manie idiopathiques. Magnan étudie avec beaucoup de soin l'hérédité de ces malades et estime qu'elle est moins grave chez les intermittents que chez les dégénérés. Il fixe la conception française de la folie périodique dans laquelle n'entrent point la manie et la mélancolie simples, iodiopathiques, non récidivantes qui demeurent l'une et l'autre des entités au même titre que la folie intermittente.

Kræpelin, en 1899, rattache tous les cas de manie à la folie périodique, pour laquelle il propose le terme de *folie maniaque-dépressive ;* et il y fait

entrer encore tous les cas de mélancolie, sauf ceux qui ne se développent pas au moment de l'involution présénile (mélancolie d'involution).

En somme, de 1854 à 1899, la nouvelle entité s'est constituée au détriment de la manie et de la mélancolie dont le champ s'est rétréci de plus de plus. L'œuvre de dissociation a commencé avec Baillarger et J.-P. Falret ; elle s'est accentuée avec Magnan en même temps que se constituait une œuvre de synthèse qui devait trouver dans les travaux de Kræpelin sa plus complète expression.

III. La *folie périodique* des auteurs français et la *folie maniaque-dépressive* de Kræpelin se distinguent par certains points qui nécessitent de faire pour chacune d'elles une description spéciale.

La *folie périodique* se définit par son étiologie, sa symptomatologie et son évolution.

Au point de vue étiologique, cette psychose est essentiellement héréditaire, et cette hérédité est souvent similaire.

Elle se développe de 25 à 35 ans et généralement sans cause occasionnelle bien nette. Le sexe féminin y est plus prédisposé.

Les symptômes de l'accès de manie ou de mélancolie de la folie périodique ne sont pas absolument ceux des accès de manie ou de mélancolie simples. Cependant, ils ne s'en distinguent que par des nuances parfois si indécises que certains auteurs ne leur accordent aucune valeur. Le début est le plus souvent brusque, bien que parfois on note un « signal-symptom » qui avertit de l'imminence de l'accès. La dépression et l'excitation sont atténuées ; les malades sont généralement lucides, bien orientés ; les idées délirantes, la stupeur, la surexcitation sont rares : « C'est, ainsi que le dit J.-P. Falret, le fonds de la manie et de la mélancolie sans leur relief ». Les périodiques sont particulièrement malveillants ; ils s'affublent volontiers de costumes étranges et collectionnent toutes sortes d'objets, etc...

L'évolution des accès est tout à fait caractéristique. Les accès isolés affectent une périodicité plus ou moins régulière, et généralement sont identiques entre eux ; les accès conjugués s'associent selon divers modes qui permettent de décrire la *folie à double formes*, la *folie circulaire*, la *folie alterne*. Entre les accès, les auteurs français admettent généralement un intervalle lucide au sens strict du mot. Cependant, au fur et à mesure que la maladie progresse, l'intervalle lucide devient de plus en plus court et de moins en moins complet.

La terminaison par la démence n'est que le fait de complications. La maladie évolue en une succession d'accès maniaques ou mélancoliques. Certains de ces accès sont tellement peu accentués que le malade n'est pas interné : ce sont « les degrés atténués de la folie périodique observés dans le monde » dont J. Falret a laissé une magistrale description.

Le diagnostic de l'accès de manie et de mélancolie de la folie périodique doit être fait avec l'accès de manie et de mélancolie simples, avec les accès d'excitation ou dépression des dégénérés, des confus, des neurasthéniques, des hystériques, des épileptiques, des paralytiques généraux.

La conception de Kræpelin (*la folie maniaque-dépressive*) a été élevée sur le trépied de la psychologie, de la symptomatologie et de l'évolution.

A la base de leur synthèse hardie, Kræpelin et son école ont placé une profonde étude psychologique qui leur a permis de penser que la manie et la mélancolie, loin d'être des états contraires, comme on le croyait généralement, sont des états homologues caractérisés l'un et l'autre par la diminution de l'attention volontaire, le ralentissement de l'association des idées, l'insuffisance des perceptions et l'indifférence émotionnelle. La paralysie des facultés psychiques supérieures se rencontre donc dans la manie comme dans la mélancolie, mais dans la première les facultés psychiques automatiques sont exaltées, tandis qu'elles sont inhibées, comme les supérieures, dans la mélancolie.

D'autre part, il n'y a pas, d'après Kræpelin, de manie et de mélancolie simples : en effet, leurs symptômes sont semblables à ceux de la manie et de la mélancolie périodiques ; ils récidivent toujours ; les accès ne sont jamais uniquement maniaques ou mélancoliques, mais toujours à double forme ; enfin des malades présentent à la fois des symptômes de manie ou de mélancolie, des « états mixtes ».

La folie maniaque-dépressive peut donc se définir « une psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et dépression » (Deny et Camus).

Si la conception de Kræpelin a soulevé des multiples objections, elle a par contre rallié un grand nombre d'adeptes car elle permet de se faire de la folie périodique une idée très séduisante.

Au point de vue symptomatique, Kræpelin a enrichi cette psychose de la description des *états mixtes*. Ces états mixtes se rencontrent principalement au moment du passage d'un état mélancolique à un état maniaque, ou inversement ; ils peuvent encore se montrer à l'état isolé et constituer tout l'accès du malade. Dans ces états, les symptômes jusqu'ici rapportés à la manie et à la mélancolie se mélangent intimement, démontrant, dit G. Ballet « la commune origine et la nature identique de phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de l'excitation et de la dépression ».

Kræpelin a décrit les six états mixtes suivants : la manie coléreuse ; la manie dépressive ; la manie improductive ; la stupeur maniaque ; la dépression avec fuite des idées ; l'inhibition maniaque.

La folie maniaque-dépressive est héréditaire dans 80, 90 % des cas et peut-être dans tous. Elle est plus fréquente chez la femme. Elle se développe dans les ²/₃ des cas avant 25 ans : le premier accès apparait généralement à la puberté ; souvent encore à l'involution présénile. A ce propos, Kræpelin a tout récemment mis en doute la légitimité de sa propre conception de la mélancolie d'involution et penche à considérer les faits qui lui avaient permis de décrire cette psychose comme des cas de folie maniaque-dépressive développés au moment de l'involution. La plus récente conception de la folie maniaque-dépressive semble donc être celle d'une psychose constitutionnelle en puissance dans l'individu et que mettent particulièrement en évidence la puberté et l'involution.

Pour Kræpelin, et la grande majorité des auteurs étrangers, il n'y a pas entre les accès d'intervalle lucide vrai. On y observe toujours certains phénomènes anormaux constants, tels que dépression de l'énergie psychique, irritabilité anormale, etc.

Le diagnostic différentiel particulièrement délicat est celui des accès d'excitation et de dépression de la démence précoce. Le diagnostic des états mixtes peut être très difficile.

Le pronostic se résume en la formule paradoxale : « Les accès passent, mais la maladie reste ».

La terminaison par l'affaiblissement intellectuel n'est le fait que de complications : artério-sclérose et traumatismes notamment.

IV. La pathogénie de la folie périodique et de la folie maniaque-dépressive est encore problématique.

L'anatomie pathologique n'a donné jusqu'ici que des renseignements incertains. Cependant Anglade et Jacquin ont essayé de définir anatomiquement quelques cas de folie périodique par « la prolifération névroglique dans toutes les régions de l'écorce cérébrale, mais prédominant très nettement : 1°) au niveau de la zone de Wernicke et du lobe temporal tout entier ; 2°) au niveau du lobe occipital ».

V. Au point de vue thérapeutique les différentes formes de la folie périodique ou de la folie maniaque-dépressive relèvent jusqu'ici du seul traitement symptomatique.

Au point de vue médico-légal les difficultés abondent en cette matière et selon la juste remarque de Falret fils : « La médecine légale de cette affection sera toujours l'une des plus difficiles de la pathologie mentale, à cause des fréquentes variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets ou plus ou moins prolongés, à cause de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et surtout à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés ».

BIBLIOGRAPHIE

Afranio Peixoto. Folie maniaque-dépressive. *Annales médico-psych.*, 1905, p. 214.

Alberti. Observations anat. et clin., sur la folie maniaque-dépressive. *Giornali di psychiatr. clin. e tecnica manicomiale*, 1905, 1 et 2.

— Recherches sur l'isolyse chez les malades atteints de folie man.-dép. Id., 1905, p. 77 et 99.

— Recherches sur le pouvoir urotoxique, séro-toxique et séro-hémolytique chez les malades atteints de folie man.-dép. Id., 1906.

Albrecht. Folie maniaque dépressive et artériosclérose. *Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie,* Bd. LXIII, H. 3, 4.

Anceaume. Traité de la mélancolie. Paris, 1818.

Anglade. Epilepsie tardive. Soc. de méd. de Bordeaux, 15 fév. 1907.

Anglade et Jacquin. Psychoses périodiques et épilepsie. *L'Encéphale,* Juin 1907.

Arétée. Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques. Trad. Renaud. Paris, 1834.

Armand, S. La sénilité précoce des mélancoliques. *Rivista di patologia nerv. e ment.* Août 1899.

Arnaud. Les psychoses périodiques. In Traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet.

Athanassio, A. Les mélancoliques, étude clinique. *Arch. de neur.*, Janv. 1899.

Babcock et Mabon. Extrait thyroïdien. Revue de ses résultats, etc... *American Journ. of. Insanity*, 1899, p. 257.

Bachelez. Etude sur une variété particulière de la folie périodique. *Thèse Paris,* 1871.

Baillarger. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. Acad. de méd. (Séance du 31 janvier 1854). In Bulletin, T. XIX, p. 340. (Réédité in *Annales méd. psych.*, 1854, p. 369 et in Recherches sur les maladies mentales, 1890, T. I, p. 143.)

— Manie, influence des règles, opium, guérison. *Ann. méd. psych.*, 1855, p. 555.

— De la folie à double forme. *Annales méd. psych.*, 1880, p. 5.

— Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles. *Annales méd. psych.*, 1882, p. 416.

Ball. De la folie circulaire (Leçon). *France médicale,* 1880, n° 32 et 33.

— De la mélancolie. L'*Encéphale*, 1888, p. 291.

*

Ball et Régis. Folie à double forme continue. *Annales méd. psych.*, 1880, p. 192.

Ballet, Gilbert. Rapports de l'hystérie et de la folie. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de France, 5e session, Clermont-Ferrand, 1894.

— Sur une forme de mélancolie périodique à propos d'un cas de sitiomanie. Soc. de neurologie, 5 juillet 1900.

— La mélancolie intermittente. *Presse médicale*, 1902, p. 462.

— La sitiomanie, symptôme de la mélancolie intermittente. Société médico-psychologique. Séance du 30 mars 1903, in *Annales médico-psychologiques*, 1903.

— Les psychoses. In Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, T. X, 2e édit., Paris, Masson, édit. 1905, p. 881.

— La sitiomanie, symptôme de psychose périodique. Soc. de neurologie de Paris, Séance du 7 mars 1907.

Barthomeuf. Considérations sur les folies intermittentes. *Thèse Paris*, 1888.

Bechterew, von. Sur la Paranoïa aiguë périodique simple comme forme particulière de psychose périodique. *Monatschr. f. Psych. und Neur.*, 1899.

Bianchi. Trattato di psichiatria. Naples, 1905

Billod. Des intervalles dits lucides chez les aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1852, p. 364.

— Mémoire sur les diverses formes de lypémanie. Id., 1856, p. 233.

Boissier. Essai sur la mélancolie et la neurasthénie dépressives. *Thèse Paris*, 1894.

Bonfigli. Contribut. à l'étude du diagn. différ. de la paralysie progres. et de la folie à double forme. *Rivista di neuropatol. et psichiatria*, Juillet 1900.

Bonnet. Observation de folie à double forme, stupidité intermittente. *Arch. cliniq. des mal. ment. et nerv.*, 1862, p. 229.

Bonnet et Lunier. Observation de folie à double forme intermittente. Id., 1861, p. 267.

Bourneville et Camescasse. Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie. Congrès internat. de méd. ment. Paris, 1889, p. 373.

Bresler. Nature et représentation graphique du complexus symptômatique maniaque. *Psych. neurolog. Wochenschrift.*, 1906, no du 20 janvier.

Brierre de Boismont. Observation d'imbécillité avec accès réguliers de tritesse et de gaieté pendant un certains nombre d'années. *Ann. méd. psych.*, 1854, p. 144.

Bruant. De la mélancolie survenant à la ménopause. *Thèse Paris*, 1888.

Brunati. Sur la manie transitoire. Societa freniatr. italiana, 4e Congrès, 1885.

Brunet et Vigouroux. Contribution à l'étude de l'hérédité de l'aliénat. mentale. Congrès des alién. et neurol. de France. 5e session. Clermont-Ferrand, p. 373, 1894.

Cabadé. Accès répétés de manie aiguë pendant les périodes menstruelles. *L'Encéphale*, 1883, p. 572.

Ramon y Cajal. Conjectures sur l'attention, l'idéation et l'association des idées, 1895.

Camuset. Folie paralytiq. à forme alternante. *Ann. méd. psych.*, 1883, p. 63.

Capgras, J. Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. *Thèse Paris*, 1900.

Charrière. Manie intermittente guérie par le bromure de potassium. *Ann. méd. psych.*, 1867, p. 221.

Charron. Foyers de ramollissements cérébraux et troubles psychiques. *Arch. neurol.*, 1899.

Chéreau. Art. « Lunatique » In Dict. encycloped. des Sc. méd.

Christiani. Pédérastie chez un aliéné affecté de folie périodique. *Archivio di psico-patologia sessuale,* 1896, p. 182.

Clark. Sur la terminaison des phases de la folie circulaire. Congrès médical de Washington, 1887, p. 266.

Clarke. Traitement thyroïdien dans quelques formes de troubles mentaux. *Americ. Journal of Insanity*, 1895, p. 218.

Claude et Beaudoin. Sur une forme de délire ambulatoire conscient chez des épileptiques. *Encéphale*, n° 2, 1907.

Claus. Catatonie et stupeur. Rapport au Congrès des alién. et neurol. de France. Bruxelles, 1903, T. I, p. 49.

Clouston. Alternances, périodicités et rechutes dans les maladies mentales. *Edimbg. medic. Journal*, 1882 (n° de juillet).

Colotti. Une nouvelle forme de psychose périodique. *Il Pisani,* 1898.

Combes. De la marche de la folie. *Thèse Paris,* 1858.

Cotard. Art. folie. In Dictionn. encyclop. des Sc. méd. T. III, p. 303.

Craig. Pression sanguine dans la folie. *Lancet,* 1898, p. 1792.

— Pression sanguine dans la folie. *British méd. Journ.*, 1900, p. 824.

Cullere. Les frontières de la folie. Paris 1888.

— Traité pratique des maladies mentales. Paris, Boissière, édit., 1890.

Dagonet. Traité élément. et prat. des mal. ment., Paris, 1862, et nouvelle édition, 1894.

— De la stupeur. *Ann. méd. psych.*, 1872, p. 374.

Danillo. Sur le rôle de la menstruation au cours des mal. ment. *Revue de médec.*, 1882, n. 9.

Dauby. Considération sur la menstruation dans ses rapports avec la folie. *Thèse Paris*, 1866.

Deboudt. Excès alcooliques. Manie périodique. *Ann. méd. psych.*, 1873, p. 514.

De Buck. Qu'entend-on par manie ? *Journal de neurologie*, 1906.

Defendorf. Folie périodique. New-York neurolog. Society, 20 oct. 1900.

Dehilotte. Etude sur la marche de la folie circulaire. *Thèse Paris,* 1879.

Dehio, H. De certaines formes de folie périodique. XIXe Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest. Juin 1894.

Delaye. Etude sur la folie à formes alternantes. *Journal de méd. de Toulouse*, 1860.

Deny, G. De la folie maniaque-dépressive. Historique, critique et définitive. *Archiv. de neurologie*, XXII, 1906, p. 1.

Deny et Camus. Les folies intermittentes. La psychose maniaque-dépressive. 1 vol. J. B. Baillière, édit., Paris, 1907.

Deny et Roy. La démence précoce. 1 vol. J. B. Baillière, édit., Paris, 1903.

Devay. Com. au Congrès de Rennes, 1905.

Diller. Folie circulaire. Contrib. à l'étude de cette affection. Une observation. *The Alienist and neurolog.*, 1890, p. 175.

Dittmar. Sur les troubles mentaux à marche régulière et cyclique. Bonn 1877.

Doutrebente. Etude généalogique sur les aliénés héréditaires. *Ann. méd. psych.*, 1869, p. 216.

— Note sur la folie à double forme. Accès multiples se produisant à des intervalles inégaux et souvent très longs. *Annal. méd. psych.*, 1882, p. 193.

Doutrebente. Etude médico-légale sur les intervalles lucides. *Bulletin de la Société des lettres, sciences et arts du Loir et Cher,* 1882 et 1884.

— Etude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales, Blois, 1883.

— Manie rémittente, double forme, épilepsie larvée. *Ann. méd. psych.,* 1886, p. 177.

Doutrebente et Marchand. Folie à double forme. Crises épileptiformes. Syndrôme paralytique. Autopsie. Pachyméningite cérébrale. Gomme du cervelet. (Soc. méd. psych., séance du 30 novembre 1903). *Annales méd. psych.* 1904, p. 81.

Douty, J. H. Mélancolie sénile. *American Journ. of Insanity,* 1886, nº de janv.

Dreyfus, Georges. La mélancolie considérée comme une manifestation de la folie maniaque-dépressive. 1 vol., Fischer. édit. Préface du Prof. Kræpelin, Iéna 1907.

Drewry. A propos de trois cas de folie circulaire. *The Journ. of nervous and mental Scienc.,* 1895, nº d'Avril.

Dubuisson, Jacquelin. Des vésanies ou maladies mentales. Paris 1816.

Ducosté, Maurice. Les songes d'attaques des épileptiques. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1899, p. 533, 545.

— De l'épilepsie consciente et mnésique, et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. *Thèse Bordeaux,* 1899.

— Les fugues dans la démence précoce. L'*Encéphale,* 1906, p. 579.

— Les fugues dans les psychoses et les démences. *Archiv. de neurolog.,* 1907, p. 38.

— De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. (Soc. méd. psych. Séance du 28 janvier 1907). *Ann. méd. psych.,* 1907, p. 299.

Dulaurens, André. Oeuvres. Paris, 1639.

Dumas. Les états intellectuels dans la mélancolie. *Thèse de Paris,* Alcan, 1891.

— La joie et la tristesse. Paris, Alcan, 1899.

Dunin. Sur la neurasthénie périodique, circulaire et alternante. *Deutsche Zeitschrifft f. Nervenheilk,* Bd. XIII, p. 147.

Epstein. Sur la folie menstruelle. *Pester medizin. chirurg. Presse,* 1897, p. 744.

Erlenmayer. Sur la nature de la manie et de la mélancolie. *Psychiatr. Corresp.,* 1872.

Espiau de Lamaestre. De la paralysie générale à double forme. Congrès intern. de méd. ment., Paris, 1878.

Esquirol. Des maladies mentales. 2 vols., Paris.

Ettmuller. Oeuvres complètes. (T. II, 1re partie.)

Fabre. Folie paralytique circulaire. *Annales méd. psych.,* 1874, p. 196.

Falret, Jean-Pierre. Marche de la folie. *Gazette des Hôpitaux,* 1851 (nº du 14 Janvier).

— Mémoire sur la folie circulaire. (Acad. de méd., 14 février 1854.)

Falret, Jules. La folie circulaire ou folie à formes alternes. *Arch. génér. de méd.,* déc. 1878 et janvier 1879, et in Etudes clin. sur les mal. ment. et nerveuses. Paris, Baillière, 1890.

— Article « Responsabilité » in *Dict. encycl. des Sciences médicales.*

Falx. Pemphigus périodique dans un cas de psychose périodique. Soc. de psychiatr. de St-Pétersbourg (séance du 23 janvier 1899).

Farguharson. De la mélancolie, analyse de 730 cas. *The Journ. of mental. Science,* 1894 (nº de Janvier).

Ferrari. Observ. clin. sur les psychoses périodiques. *Rivista sperim. di frenatria*, XXV, 3. 4.

— Recherches sur le pouls, la température et l'urine dans les folies périodiques. Naples 1899.

Ferrarini. Aboulie cyclique d'origine psychasthénique. *La riforma medica.* 1900, nºs 164, 165.

Féré. Pathologie des émotions, 1 vol., Paris.

Finzi, J. Manie, mélancolie et psychose maniaque-dépressive. *Bulletino del manicomio provinciale di Ferrara,* 1899, III.

Fisher, Jessie Weston. Contrib. à l'étude du sang dans la folie maniaque-dépressive. *American Journ. of Insanity,* Avril 1903, p. 759, 781.

Fitschen. Rapports de l'hérédité et de la folie périodique. *Monatschr. f. Psychiatrie u. Nerv.*, 1900, Bd. VII, nº 2.

Fodéré. Traité du délire. Paris.

Forster, Ed. De la mélancolie. *Charité Annalen,* T. XXX.

Fournié. L'onirocritie comitiale. *Thèse Bordeaux,* 1899.

Forille, Achille. Folie à double forme. Brain 1882, p. 289.

— Articles « Marche de la folie » et « Folie à double forme » in *Dictionnaire de Médecine et de Chir. pratique,* 1872, T. XV, p. 321 et 342.

Franceschi, Fr. Un cas de folie circulaire à phases courtes chez un imbécile. *Rivista di patologia nerv. e ment.,* 1906, p. 49, 60.

Fränkel. Sur un cas de forme circulaire de paralysie générale progres. *Neurolog. Centralb.,* 1895, p. 1110.

Franz, S. Ivory. La durée de quelques processus mentaux dans les états d'excitation et de dépression de la folie. *Amer. Journ. of Psychology,* 1906.

— Temps de réaction anormal dans un cas de folie maniaque-dépressive. *Psychological Bulletin* (15 Juillet 1905).

Friedmann. Sur la psychose menstruelle primaire. Congrès des méd. aliénistes allemands, 1893.

Galceran. Folie à double forme paralytique. *Annales méd. psychol.,* 1879, p. 426.

Galdi. La folie maniaque-dépressive de Kræpelin. *Il manicomio moderno,* 1900, nº 1.

Gauster. Cas de manie intermittente. *Psychiatr. Centralb.,* 1877, Bd. 1.

— Casuistique des folies intermittentes. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.,* Bd. XXXI, 1874, p. 585.

Geigel. Manie périodique et maladie de Basedow. *Würzburger mediz. Zeitung,* 1866.

Geoffroy. De la folie à double forme. *Thèse Paris,* 1861.

Gérard. De la marche circulaire de la folie. *Thèse Montpellier*, 1880.

Gersdorf. Contribution à l'étiologie des psychoses circulaires. 1894.

Gianelli. Sur la cause de la paranoïa aiguë périodique. *Rivista sperim. di frenatria,* 1898, p. 612.

Gibb. Folie héréditaire caractérisée par des attaques périodiques. *Canada Montreal,* 1852.

Gill, Clifford. Manie chez des jumelles. *The Journ. of mental Science*, Janvier 1883.

Gilles. De la folie à double forme plus spécialement considérée dans ses rapports avec la paralysie générale. *Thèse Paris*, 1888.

Girard de Cailleux. Rapport médico-judiciaire. Folie circulaire, monomanie raisonnante. *Annal. méd. psych.*, 1860, p. 83.

Grasset, J. Leçons de clinique médicale, 4 vols., Paris, Masson, éd., 1891-1903.

— Les limites de la Biologie, 1 vol., 2e édit., Paris, Alcan, 1906.

— Le spiritisme devant la Science. 1 vol,, Paris, Masson, 1903.

— L'hypnotisme et la suggestion. Paris, O. Doin, 2e édit., 1904.

— Plan d'une physiopathologie clinique des centres nerveux, Paris 1904.

— Les centres nerveux. Physiopathologie clinique. Baillière, édit., Paris, 1905.

— Le psychisme inférieur. Chevalier et Rivière, édit., Paris, 1906.

Gray, L. C. Trois signes diagnostiques de mélancolie. *The Journ. of nervous and mental diseors*, 1890 (no de Janvier).

— Folie périodique. Id. 1893, p. 612.

Greidenberg. Sur le type récurrent dans la marche de certaines formes de la folie aiguë. IVe Congrès des médecins russes (Juin 1891).

Griesinger. Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique. Trad. Doumic, Paris 1865.

Gucci. Manie, mélancolie et psychose maniaque-dépressive. *Rivista di path. nerv. e ment.*, 1899, fasc. VII.

Guérin et Aimé, H. Un cas de folie intermittente avec étude de quelques éléments urologiques. *Revue médicale de l'Est*, 1899.

Guislain. Traité des phrénopathies. Bruxelles, 1833.

— Leçons orales sur les phrénopathies. Gand, 1852.

Haase. Quelques observations sur la température dans la folie périodique. *Allg. Zeitschr. f. Psych. und psych. gerichtl. Med.*, XXXIX, 1.

Hammond. La question des intervalles lucides dans la folie. *Journal of nervous and mental diseases*, 1883, p. 252.

Harrington-Doudy, J. Notes sur un cas de folie circulaire. *Am. Journ. of Insan.*, 1885 (no de Juillet).

Havelock. Un cas de manie récurrente. *Journal of mental Science*, 1896, p. 817.

Heckel. Périodicité évolutive. *Revue Scientifique*, 1893, p. 630.

Hecker. De la cyclothymie considérée comme trouble circulaire de la sphère affective. *Zeitschr. f. prakt. Aerzte*, 1897. p. 6.

Hibbard. Recherches sur l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie et dans un cas présentant des phases récurrentes de confusion et de dépression. *Am. Journ. of Insanity*, 1898, p. 503.

Hinrichsen. Cité par Deny et Camus (loc. cit., p. 17).

Hitzig. Nosologie et thérapeutique des troubles mentaux périodiques. *Berliner klinische Wochenschr.*, 1898, no 1.

Hippocrate. Oeuvres. Trad. Littré. T. IV (Aphorismes), 6e section.

Hjerstström. Sur la folie cyclique. *Hygiea*, T. XLVI, p. 1.

Hoche. Les formes atténuées des folies périodiques. *Zwangslose Abhandlungen aus d. Geb. der Nerv.- und Geisteskrankheiten*, I. Bd., Heft 8, 1897.

HOFFMANN. Opera omnia physico-medica (Genevæ, 1740, T. III, Caput. VIII). (Observat. reproduite par E. Regis in *Annales med. psych.*, 1887, p. 388.)

HOLLANDER, B. La localisation cérébrale de la mélancolie. *The Journal of mental Science*, 1901 (Juillet).

HUDOVERNIG. Sur les troubles mentaux périodiques. *Pester medizin.-chirurg. Presse*, 1899, n° 52.

HURD. Traitement de la folie périodique. *Amer. Journ. of Insanity*, 1882, p. 174.

— Périodicité dans la mélancolie. *Maryland med. Journal*, 1890, p. 269.

HUTCHINSON. Notes sur la manie récurrente. *Indian Gazette Calcutta*, 1866, p. 90.

ICARD. La femme pendant la période menstruelle, 1 vol., Paris 1890.

JOFFROY. Des troubles de la lecture, de la parole et de l'écriture chez les paralytiques généraux. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1894.

— Leçons cliniques de l'Asile Sainte-Anne. Enseignement oral, 1894-1907.

JOURNIAC. Folie intermittante et folie des dégénérés. *Annales méd. psych.*, 1887, p. 102.

— Du délire hypocondriaque. *Thèse Paris*, 1888.

JUNG. Sur un état maniaque constitutionnel. *Allgm. Zeitschr. f. Psych.*, 1904.

KAHLBAUM. Sur la cyclothymie. *Irrenfreund*, 1882, n° 10.

KARRER, F. Remarques sur les troubles mentaux circulaires. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1881, p. 691.

KAUSCH. Contribut. à l'étude de la folie systématisée périodique. *Arch. f. Psych.*, 1892, p. 924.

KELP. Mélancolie, type folie circulaire de Falret. *Psychiatr. Correspond.*, 1862, nos 15, 16.

— Troubles ..entaux circulaires. *Irrenfreund*, 1876, p. 105.

— Psychoses de l'enfance. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. XXXI.

KERAVAL. La pratique de la médecine mentale, Paris, Vigot, édit., 1901.

KIRN. Des psychoses périodiques. Stuttgart, 1878.

KLEINWÄCHTER. Casuistique de la folie circulaire. *Thèse Breslau*, 1886.

KÖHLER. Sur un cas de folie circulaire. *Irrenfreund*, 1869, p. 168.

— Etude sur la menstruation des aliénés. *Thèse Strasbourg*, 1878.

KÖLPIN. Sur un cas de manie intéressant au point de vue médico-légal. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1903.

KOSTER. De l'influence de la lune sur la folie périodique. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. XVI, XVIII, p. 415, 693.

KRAFFT-EBING. Casuistique et thérapeutique des folies périodiques. *Psychiatr. Centralbl.*, 1876, n° 2.

— Etude des intervalles lucides au point de vue médico-légal. *Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med.*, 1871, p. 3.

— Intermittence larvée. *Wiener mediz. Presse*, 92, n° 1.

— Assassinat, Débilité mentale, folie périodique, d'origine menstruelle (?). *Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med.*, 1889, p. 321.

— Traité clinique de psychiatrie. Trad. Em. Laurent, Paris, Maloine, édit., 1897.

— Médecine légale des aliénés. Trad. Rimond. Paris 1.

KRÆPELIN. Position de la question de la mélancolie. *Monatsschr. f. Psych. und Neurol.*, 1889, n° 5.

— Lehrbuch für Psychiatrie. 7e éd., Jéna, Fischer, éd., 1904.

Loehr. Folies périodiques. Soc. psych. de Berlin (Séance du 15 Juin 1881).

— Sur l'interdiction dans les intervalles lucides. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1885, p. 432.

Laffitte. Observation de paralysie générale à double forme. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 231.

Lambranzi et Perrazolo. *Giorn. di Psich. clin. e techn. man.*, 1906.

Lange. Etats dépressifs périodiques et leurs rapports pathogéniques avec la diathèse urique. Copenhague 1886.

— Les émotions. Trad. Dumas. 1900.

Lasègue. Dipsomanie et alcoolisme. *Arch. gén. de méd.*, 1882 (nº de septembre).

— Les cérébraux. Id., 1880, p. 39.

Lazoni. La folie périodique. *Ephemer. Akad. naturol.*, T. IX, p. 15.

Le Blois. Considérations sur les rapports de l'épilepsie avec la manie. *Thèse Paris*, 1862.

G. Lebon. L'homme et les sociétés. 2 vol. Paris.

Legrand du Saulle. Folie à double forme ; guérison par le sulfate de quinine. *Ann. méd. psych.*, 1855, p. 53.

— Etude médico-légale sur l'internement des aliénés. Paris, 1881.

— Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. 1 vol. Paris 1879.

Lépine. Variations périodiques de température. (Commun. à la Soc. méd. de Lyon. Lyon, mars 1872.)

Levin. Sur la manie périodique. *Thèse Strasbourg*, 1890.

Lichtenberger. La philosophie de Nietzsche. 1 vol., Paris, Alcan, édit., 5e édit., 1900.

Liégey. Manie périodique, etc. *Journal de Méd., Chir. et Pharmacol.*, Bruxelles, 1866, p. 129.

Linas. Article « Lucidité » in Dict. encycl. des Sc. méd., T. III., p. 150.

Lorry. De melancholia et morbis melancholicis. Paris, 1765.

Lunier. Observation de folie à double forme intermittente. *Arch. clin. des mal. ment. et nerv.*, 1861, p. 267.

Mabille et Lallemant. Des folies diathésiques. 1891.

Mabit, Sébastien. De la manie chronique à forme rémittente. *Thèse Paris*, 1883.

Mackenzie. Cas de manie récurrente traitée avec succès par les injections sous-cutanées de morphine. *Journal of ment. Science*, 1875, p. 590.

Mac-Lulich. Un cas de folie circulaire dans lequel la durée de chaque phase ne dépassait pas un jour. *The Journal of mental Science*, 1899 (nº de juillet).

Macpherson, J. Manie et mélancolie. *The Journal of mental Science*, 1891 (nº d'avril).

Magnan. Les Intermittents. *Progrès médical*, 1887, p. 211.

— La folie intermittente. (Com. au Congrès de Berlin, 1890.)

— Traitement de la manie. *Revue de Psychiatrie*, 1897 (nº de juillet).

Marcé. Traité pratique des maladies mentales. Paris 1862.

Martel. Accès de manie provoqué par un traumatisme. *Union médic.*, 1882, nº 83.

Martinenq, L. Folie à double forme intermittente précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie et finissant par prendre le type circulaire. *Annales méd. psych.*, 1885, p. 412.

MARTINI. Sur la folie périodique, 1836.

MASSELON. Psychologie des déments précoces. *Thèse Paris*, 1902.

— La démence précoce. 1 vol. Joanin, édit., Paris, 1904.

— La mélancolie. 1 vol., Alcan, édit., Paris, 1906.

MAUDSLEY. Le crime et la folie. 1 vol., Alcan, édit., Paris 1881.

MAYER, C. Contribution à la casuistique de la folie circulaire. *Thèse Würzbourg*, 1881.

MAYER, E.-E. Formes atténuées des psychoses périodiques. *The Philadelph. med. Journal*, 1899 (n° du 14 oct.).

MEDIUS, Fr. Cos. Histoire des maladies périodiques. Francfort et Leipzig, 1794.

MEIORTI. Deux cas de folie circulaire. *Cronica di manic. di Siena*, T. XXIII, p. 85.

MENDEL. Contribution à l'étude des psychoses périodiques. *Allgm. Zeitschr. f. Psychiatr.*, T. XLIV, p. 617.

— De la manie. Berlin 1881.

MESCHEDE. Paranoïa périodique. Congrès intern. de méd. ment. Paris 1900.

MEYER, L. Sur les troubles mentaux périodiques. *Archiv f. Psych.*, T. IV, p. 139.

MEYNERT. Rapports de la manie et de l'épilepsie. *Psychiatr. Centralbl.*, 1876, p. 1.

— Des psychoses combinées. *Allgem. Wiener mediz. Zeitung.*, 1878, n° 12.

— Leçons cliniques de psychiatrie, 1890.

MIGNOT, Roger. Troubles pupillaires dans les maladies mentales. *Thèse Paris*, 1900.

MONDIO, Gugliemo. Contribution à l'étude d'un équivalent épileptique, la manie transitoire. *L'Encéphale*. 1907, p. 419.

MONNERET. Pathologie générale.

MORDRET. De la folie à double forme, circulaire, alterne. (Mémoire à l'Acad. de méd., 1880).

MOREIRA et PEIXOTO. Les maladies mentales dans les pays tropicaux. *Annales méd. psych.*, 1907, p. 66.

MORGAGNI, J.-B. Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies Trad. Destonet, Paris. (T. I, Lettre VIIIe).

MOREL. Traité des dégénérescences.

— Traité des maladies mentales. Paris 1860.

— Etudes cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1873.

MOTET. Méthode graphique appliquée à l'étude de la folie à double forme. (Procédé de E. Régis.) (Soc. med. psych. Séance du 31 mars 1884.) *Annales méd. psych.*, 1884. p. 104.

MULLER, F. Cas rare d'interférence de folie circulaire dans le tabes. *Centralbl. f. Nerv. Psych.*, 1880 (n° 15 février).

MURATOW. Lésions des capsules surrénales au cours de la folie périodique. *Sovréménnaia psychiatria*, Moscou, Mars 1907.

NÆCKE. *Revue scientifique*, 1901.

NEFTEL. Sur la mélancolie périodique. *Centrabl. f. medizin. Wissenchaften*, 1875, p. 339.

NEISSER, Cl. Rapport sur la « cyclothymie » d'Hecker. *Jahresb. de Mendel-Flatau*, 1897, p. 1242.

NIETZSCHE, Fr. La gaya Scienza. Trad. Henri Albert. Paris, *Mercure de France*, 1901.

NIETZSCHE, Fr. Ainsi parlait Zarathoustra. Trad. Henri Albert. Id., 1900.

NISSL. Etude sur les troubles mentaux périodiques. Versammlung S. O. Irrenärtze. Heidelberg, 1898 (novembre).

NOBEL. Stupeur intermittente. *The Amer. Journ. of Insanity*, 1899 (n° d'Avril).

ODDO, C. Neurasthénie circulaire à forme alternante quotidienne. *Revue de médecine*, 1894, p. 603.

PACKER. Un cas de folie circulaire. *Journ. of mental Science*, T. XXX, p. 62.

PAGÈS. Rapport de la ménopause et de l'aliénation mentale. *Thèse Nancy*, 1876.

PAILHAS, B. Les élévations de la température périodiques à long intervalle à l'état normal et dans les maladies. *Thèse Paris*, 1886.

— Etude de la périodicité chez l'homme sain et malade. Albi, 1897.

— Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. *Journ. de neurologie*, 1907, p. 161.

PAIN. Contribut. à l'étude de la folie héréditaire. *Thèse Nancy*, 1894.

PARHON et MARBE. Contribut. à l'étude des troubles mentaux de la maladie de Basedow. *L'Encéphale*, 1906, p. 459.

PEIXOTO, Afranio. Folie maniaque-dépressive. *Ann. méd. psych.*, 1905 (Mars-Avril).

PFERSDORFF. Stéréotypies dans la folie maniaque-dépressive. *Centralb. f. nerv. und psych.*, T. XIX, 1903.

PICK. Folie circulaire. Eulenburg's Realencyclopädie d. gesamt. Heilkunde, III, p. 665.

— Sur les variations des folies circulaires. *Berliner Klinisch, Woch.*, 1899, n° 51.

— Contribution à la clinique des troubles mentaux. *Arch. f. Psychiatr.*, T. XI, p. 1.

PILCZ. Etiologie et anatomie patholog. des folies périodiq. *Monatssch. f. Psych. und neurol.*, 1900 (n° de novembre).

— Des troubles mentaux périodiques. Etude clinique. 1 vol. Iéna, Fischer, édit. 1901.

PINEL, Ph. Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale.

PUNTON, J. Le début de la mélancolie. *The aliénist. and neurologist.*, 1898, (n° d'octobre).

RAMON Y CAJAL. Quelques hypothèses sur le mécanisme anatomique de l'idéation, de l'association des idées et de l'attention, 1895, analysé in Soury: Le système nerveux central. Paris, Naud, 1899.

RÉGIS, Em. Observation de folie à double forme continue. *Ann. méd. psych.* 1880, p. 192.

— Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale. *L'Encéphale*, 1881, p. 684.

— Des intervalles lucides considérés dans leurs rapports avec la capacité civile des aliénés. *L'Encéphale*, 1887, p. 150.

Précis de psychiatrie. 3e éd. O. Doin, édit., Paris 1907.

RENAUDIN. Recherches sur les intervalles lucides. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1851, p. 65.

REY, Ph. Vomissements périodiques dans un cas de folie à double forme. *Ann. méd. psych.*, 1886, p. 50.

RINA, Silvio. Le problème actuel de la mélancolie. *Rivista sperim. di freniatr.*, 1907, p. 76.

RITTI, A. De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. *Annales méd. psych.*, 1882 (n° de juillet).

— Traité clinique de la folie à double forme. 1 vol., Paris, Doin, édit. 1883.

FRANCO DA ROCHA. La psychose maniaque-dépressive. *Ann. méd. psychol.*, 1906, p. 250.

ROGUES DE FURSAC. Manuel de psychiatrie. Alcan, édit., Paris, 1904.

— Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Paris, Masson, édit., 1905.

ROTTENBILLER. Un cas de paralysie circulaire. *Centralb. f. nervenkeilk.*, 1891.

ROUBINOVITCH et TOULOUSE. La mélancolie. Paris, Masson, édit., 1897.

ROUSSEAU. De la folie intermittente. *Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne*, 1880, p. 147.

RÜCKLE. La mélancolie est-elle exclusivement une maladie de l'involution? *Thèse Erlangen*, 1898.

RYCHLINSKY. Sur un cas de psychose périodique hallucinatoire. *Archiv. f. Psychiatr.*, 1896.

SACHS. Recherches statistiques sur la mélancolie simple et la mélancolie périodique. *Thèse Zurich*, 1899.

SALES-GIRON. La folie à double forme et la folie circulaire. *Rev. méd. franç. et étrangère*, 1854, p. 193.

SALISBURY. Manie périodique. — *Chicago méd. Journ.*, 1879, p. 28.

SAMT. De la folie épileptique circulaire. *Archiv. f. Psych.* T. VI, p. 189.

SANCTORIUS. De statistica medica. Venise 1614.

SANKEY. Lectures sur les maladies mentales. Londres, 1884.

SAPORITO. Sur un trouble singulier de la fonction du langage dans un cas de folie à double forme. *Ann. di nevrologia*, T. XV, p. 5 et 6.

SAVAGE. Geo. M. Cas de manie très amélioré par l'emploi de l'hyoscyamine, 1881. p. 60

— Attaques de mélancolie parallèles chez des jumelles. *The Journ. of Mental Science*, 1883, (n° de janvier).

— Manuel clinique d'aliénation mentale. 1887.

SCHŒFER. Sur un cas de folie circulaire. *Neurol Centralb.*, 1882, n° 8.

SCHEIBER. Un cas de folie circulaire *Arch. f. Psychiätr.*, 1901, n° 1.

SCHENK. De la mélancolie périodique. *Deutsche Medicinale*, 1899, p. 205.

SCHOTT, A. Contribut. cliniq. à l'étude de la manie chroniq. *Monatsch. f. Psych. und. Neur.*, Bd. 1904.

SCHUBERT, W. Contrib. à la pathogénie de la folie circulaire. *Neurol. Centralb.* 1890, p. 450.

SCHÜLE. Traité des maladies mentales. Trad. franç., Paris, 1888.

SCHWASS. Manie transitoire. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 1.

SÉGLAS. Leçons cliniques sur les mal. ment. et nerv., Paris 1895.

SENTOUX. De la surexicitation des facultés intellectuelles dans la folie. *Thèse de Paris*, 1867.

SERBSKY, W. Contribution à l'étude des formes mixtes. *Ann. méd. psych.*, 1906, p. 370.

Sérieux, P. La mélancolie, par Kræpelin. *Arch. neurol.*, 1900, p. 341.
— La nouvelle classification du professeur Kræpelin. *Revue de Psychiâtrie*, 1900.
— La démence précoce. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 mars 1901.
— La démence précoce. *Revue de Psychiâtrie*, juin, 1902.
P. Sérieux et J. Capgras. Les psychoses à base d'interprétations délirantes. *Ann. méd. psych.*, 1902, p. 441.
— Le délire d'interprétation. *Revue de psychiâtrie*, 1904, p. 221.
— Les symptômes du délire d'interprétation. *L'Encéphale*, 1906, p. 129.
Shaw. Folie circulaire. Internat. clinic. Philadelphia, 1896, p. 181.
Siegenthaler. Recherches sur les psychoses puerpérales. *Jahrb f. Psych.*, 1898, p. 87.
Skae. Sur la dipsomanie. *Edimbrg. med. Journ.*, 1858.
Smeth. De la mélancolie, Bruxelles 1872.
Société médico-psychologique de Paris. Discussion sur la classificat. dans les maladies mentales, 1861.
— Discussion sur la mélancolie, 1890.
Sollier. Sur une forme circulaire de la neurasthénie. *Revue de médec.*, 1893, p. 1009.
Soukhanoff, S. et Gannoutchkine, P. Etude sur la folie circulaire et sur les formes circulaires des psychoses. *Journal de Neurologie*, 1903, p. 163.
— Etude sur la manie. *Arch. Neurol.*, 1903, p. 401.
Soury, Jules. Le système nerveux central. Paris, Carré et Naud, 1900.
Speatling. Sur la mélancolie récurrente aiguë. *The American Lancet*, 1893 (n° de février).
Stahl. Des affections périodiques. *Thèse Halle*, 1701.
Stark, W. Des allures du poids du corps dans les folies périodiques. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIV, 2. 3.
Stefani. Sur l'élimination de l'acide phosphorique par l'urine dans la phase dépressive d'une folie cyclique. *Rivista sper. di freniatria*, T. XXI, p. 319.
Steiner. Compendium des maladies des enfants, (p. 67) cité par Pilcz. Loc. cit.
Stoddart. Certains signes physiques dans la mélancolie. *The Journal of mental Science*, 1898 (avril).
Swoboda, Hermann. De la périodicité dans l'organisme humain. Vienne, 1904.
Taalman, Erp. Cité par Deny et Camus (loc. cit., p. 17).
Taguet. Contrib. à l'étude du délire intermittent. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 208.
Tamburini. Sur la manie transitoire. IVe Congrès de la Societa freniatr. italiana, 1885.
Tanzi. Trattato delle malatti mentali. Milano, 1907.
Thalbitzer. Mélancolie et dépression, *Allgem. Zeitschr. f. psych.* 1905, LXXII.
Thomsen. Aperçus et démonstration sur la folie maniaque-dépressive. Congrès des aliénistes et neurol. de France. XIIIe Session. Bruxelles, 1903, T. II, p. 66.
Tigges. Cas de mélancolie périodique. *Irrenfreund*, 1870, p. 17.
Tiling. La manie se présente-t-elle sous la forme de modalité morbide autonome? *Jahrbüch f. psych.*, 1885, p. 159.

TONNINI, S. La folie circulaire. *Archivio ital. per le malat. nerv.*, etc., 1883, fasc. IV.

TOSELLI. La folie circulaire. Id., 1878, fasc. IX.

TOULOUSE. Les causes de la folie. Prophylaxie et assistance. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.

TOULOUSE et VASCHIDE. Temps de réaction dans un cas de mélancolie circulaire. Soc. de Biologie, 1897 (séance du 27 juin).

TRÉNEL. Note sur le délire des négations. *Arch. de Neurol.*, 1898.

— Délire menstruel périodique. *Ann. de gynécol.*, 1898, (n° de mars).

TURNER, John. Une théorie relative aux états psychiques du système nerveux qui sont nécessaires à la production des états de mélancolie, de manie, etc... *The Journal of Mental Science*, juillet 1900.

— Le substratum physique de la mélancolie. *British. med Journal*, octobre, 1901.

VALLON, Ch. Délire des persécutions à double forme. Congrès des aliénistes et neurol. de France. Nancy, 1896, T. II, p. 268.

— La pathologie mentale au point de vue judiciaire, ou médecine légale des aliénés. In traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet. Paris, O. Doin, édit., 1903, p. 428.

VALLON et WAHL. Le phénomène de la corde musculaire dans la mélancolie. *Arch. Neurol.*, 1900, p. 413.

VASCHIDE et VURPAS. Recherches expérimentales sur la psycho-physiologie du sommeil. (Compte rendu des séances de l'Académie des Sciences, 23 mars 1903.)

— Le rythme vital. Académie des sciences, Novembre 1902.

— Du rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés. Société médico-psychologique. Séance du 24 novembre 1902, in *Annales médico-psychologique* de 1903.

VEDRANI. La mélancolie psychose d'évolution. — *Bulletino del manicomio prov. di Ferrara.*, 1899, fasc. III.

— Quelques cas de folie maniaque-dépressive, faits et conclusions. *Giornali si psych. clin. e tecn. manicom*, 1905, fasc. 1 et 2.

— La folie maniaque-dépressive et le Traité de Tanzi. Lucca, Landi, 1905.

VENTURI. Rapports entre le cerveau, les testicules et les ovaires dans les folies évolutives. *Arch. di psich. scienze penale,* XVI, 3.

VERGA et GONZALÈS. Un cas de manie transitoire. IVe Congrès de la Societa freniatrica ital., 1884.

VERRON. Obser. de folie à double forme avec ralentissement remarquable de la circulation pendant la période de stupeur. *Arch. cliniq. des mal. ment.*, 1861, p. 5.

VOISIN. L'épilepsie, 1 vol., Alcan, édit., 1897.

WEYGANDT. Des états mixtes de la folie maniaque-dépressive. Munich, 1899.

— Sur la folie maniaque-dépressive. *Berliner Klinische Wochensch.*, 1901, p. 70.

WEYGANDT. Atlas-manuel de médecine mentale. Trad. Roubinovich, 1 vol., Paris.

WESTPHALL. Manie périodique, etc... *Charité Annalen* T. I, p. 494.

WIERCINSKY. Sur un cas de folie périodique transitoire. *Thèse Greifswald.* 1895.

WIGLESWORTH. Quatre cas de mélancolie dans une même famille. *The Journal of Mental Science*, janvier 1885.

WILLIAMS. Thermométrie dans la folie. *Medical times and Gazette*, 1876, p. 224.

WILLISIUS. De anima brutorum, Lyon 1676.

WILLE. Psychoses cycliques. *Deutsche Med. Zeitung*, 1884. p. 357.

WITKOWSKI. Sur la manie récurrente. *Berliner klinische Wochensch.*, 1881, p. 340.

WOLFF. Mélancolie périodique. *Zeïtschrift f. psych. Aertze*, 1821, p. 124.

WOLLERNER. Un cas de folie circulaire avec lésion anatomo-pathologiques. *Neurolog. Centralb.*, 1886, p. 145.

WORCESTER. Régénération des fibres nerveuses dans le système nerveux central. *The Journ. of experimental Medecine*, 1898 (n° de novembre).

ZEPUDER. Cas de manie menstruelle. *Wiener medizin. Presse*, 1865, p. 927.

ZIEHEN. De la mélancolie périodique climatérique. *Versamm. Deutsch. Naturforsch. und Aerzte*. Lubeck, 1895.

— Diagnostic et traitement de la mélancolie. *Amer. Journ. of Insanity*, 1898.

— Une nouvelle forme de psychose périodique. *Monatssch. f. Psych. und Neurol.*, III, p. 30.

ZIMMER. Sur un cas de folie circulaire infantile. *Thèse Berlin*, 1899.



TABLE DES MATIÈRES